

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LA
PLEURÉSIE SÉNILE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1890

PAR

LOUIS-CONSTANT SAUCEROTTE

Né le 17 Juin 1867 à Lunéville (Meurthe)

Examineurs : { MM. HECHT, *président*.
DEMANGE, professeur.
SIMON, agrégé.
P. PARISOT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE

1890

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LA
PLEURÉSIE SÉNILE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1890

PAR

LOUIS-CONSTANT SAUCEROTTE

Né le 17 Juin 1867 à Lunéville (Meurthe)

Examineurs : { MM. HECHT, *président*.
DEMANGE, professeur.
SIMON, agrégé.
P. PARISOT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C*, I O, TOURDES, O*, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C*, I O, TOURDES, O*, I O,
COZE *, I O, V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, ROUSSEL *, I O,
BÉCHET, I O.

Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie..	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiq..	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche-ments	M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
Médecine légale	M. E. PARISOT, A O, profes. adjoint.
Histoire naturelle médicale	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histologie.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Anatomie descriptive	M. BARABAN, A O, agrégé, ch. du cours.
Matière médicale et Thérapeutique ..	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.
	M. SCHMITT, A O, chargé du cours.

COURS ANNEXES.

Clinique des maladies mentales	M. LANGLOIS, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux... ..	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants ...	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.	M. P. PARISOT, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.	MM. RENÉ, A O.	MM. SIMON.
ROHMER, A O.	NICOLAS.	REMY.
BARABAN, A O.	VAUTRIN.	P. PARISOT.
GUÉRIN.		

AGRÉGÉ LIBRE : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HECHT

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. PARISOT

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR
LA PLEURÉSIE SÉNILE

AVANT-PROPOS

L'histoire de la pleurésie chez les vieillards n'étant point encore fort riche en documents, spécialement en ce qui concerne son pronostic, il nous a paru de quelque intérêt d'essayer d'éclaircir, dans la mesure de nos forces, ce point encore obscur de pathologie sénile.

La symptomatologie, l'étiologie, le diagnostic de cette maladie ont été traités assez longuement par les auteurs pour que nous n'en fassions pas le but de notre travail. Aussi nous proposons-nous, non de retracer l'histoire complète de la pleurésie sénile, mais d'étudier seulement ce qui concerne son pronostic, qui est encore bien discuté, ses modes de terminaison et son traitement.

Nous nous appuierons dans cette étude sur les observations publiées antérieurement et sur celles que nous avons pu recueillir nous-même pendant le cours de notre internat à l'hospice Saint-Julien, à Nancy.

Avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis de remercier M. le Professeur Hecht de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous prions aussi M. le Professeur agrégé P. Parisot, qui nous a engagé à entreprendre ce travail et qui a mis obligeamment de nombreux matériaux à notre disposition, d'agréer nos remerciements les plus sincères et l'expression de notre vive reconnaissance.

Voici le plan que nous suivrons dans notre travail :

Après avoir esquissé l'historique de la question, nous exposerons quelques considérations générales sur la fréquence relative de la pleurésie chez le vieillard, puis nous étudierons l'évolution de la pleurésie sénile selon ses formes : pleurésie primitive (aiguë, subaiguë et chronique), pleurésie latente, pleurésie secondaire. Nous les envisagerons ensuite dans leur pronostic, leur terminaison et leur traitement, nous consacrerons quelques mots aux difficultés de la résorption et terminerons en formulant quelques conclusions relatives au pronostic et au traitement.

HISTORIQUE

Depuis le commencement de ce siècle, on ne trouve qu'un petit nombre d'auteurs qui aient traité de la pleurésie sénile d'une manière tant soit peu approfondie. Prus (1) réunit le premier quelques données générales sur la matière. Dans son *Mémoire sur les Maladies de la Vieillesse*, il se borne à effleurer la question et à mentionner la gravité particulière des affections thoraciques chez le vieillard, en insistant sur la fréquence de la pleurésie chez lui. Avec Beau (2), l'histoire de la pleurésie sénile entre dans une voie plus nette, l'étude de la maladie se spécialise et cesse d'être confondue avec celle des autres affections de l'appareil respiratoire. Mais le pronostic porté par cet auteur sur la pleurésie est déjà bien sévère : « Jamais, dit-il, on n'a vu la résorption se faire même en l'absence de toute complication. » Durand-Fardel (3), établissant une sorte de parallélisme entre la pleurésie et la méningite chez le vieillard au point de vue de leur rareté, ajoute que, chez ce dernier, la pleurésie a une marche chronique essentiellement latente. Valleix (4), Grisolle (5), se bornent tous deux à mentionner la rareté de la pleurésie sénile.

1. *Mémoire sur les Maladies de la vieillesse*. 1845.

2. BEAU. *Journal de Médecine*. 1843.

3. DURAND-FARDEL. *Traité clinique et pratique des maladies des vieillards*, 1854.

4. VALLEIX. *Guide du Médecin praticien*. 1854.

5. GRISOLLE. *Traité de pathologie interne*. Paris. 1869.

A l'hospice Saint-Julien, nous n'avons constaté que quatre pleurésies sur un personnel de quatre-vingt-neuf malades environ. Deux de ces pleurésies étaient tuberculeuses ; aussi nous rallions-nous à l'opinion de Valleix et Grisolle : « La pleurésie primitive, franche, est peu fréquente chez le vieillard. » M. Strauss (1), s'appuyant sur une observation de guérison par la thoracentèse d'un épanchement survenu chez un vieillard de 72 ans, porte le premier sur cette affection un pronostic moins fâcheux.

Il fait remarquer que la pleurésie sénile est rare et que la thoracentèse lui paraît être, dans ces genres de pleurésie, une excellente méthode de traitement.

Boisseuil publie la première monographie sur la pleurésie sénile et enregistre plusieurs guérisons par la ponction pleurale (2).

Philippeau (3), Jaurand (4) apportent leur contingent de faits aux données réunies par Boisseuil et publient de nombreuses observations. En y joignant celles que nous avons pu recueillir à Nancy à l'hospice St-Julien, nous espérons pouvoir en déduire quelques conclusions pratiques sur le traitement de la pleurésie primitive et secondaire chez le vieillard.

1. STRAUSS. Communication à la Société médicale des Hôpitaux, *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*. 1877, p. 382.

2. BOISSEUIL. *Contribution à l'étude de la pleurésie sénile*. Thèse de Paris. 1876.

3. PHILIPPEAU. *Etude clinique de la pleurésie des vieillards*. Thèse de Paris, 1877.

4. JAURAND. *Contribution à l'étude de la pleurésie sénile*. Thèse de Paris, 1881.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les opinions des auteurs sont très partagées sur la fréquence de la pleurésie chez le vieillard.

Monneret, Fleury (1) et Cruveilhier (2) considèrent cette affection comme très fréquente ; Boisseuil (3) et Philippeau pensent qu'elle est rare.

C'est aussi l'avis de Durand-Fardel (4) et cet auteur attribue sa rareté à l'épaississement sénile de la plèvre qui la rendrait par là-même, moins susceptible de s'enflammer.

Nous avons recueilli 33 observations de pleurésies séniles et, parmi ces cas, nous avons trouvé une proportion plus forte de pleurésies secondaires que de primitives.

Nous n'avons réuni que 9 pleurésies primitives et 3 pleurésies latentes. Les autres cas relèvent tous de pleurésies secondaires.

La pleurésie des vieillards est le plus souvent en effet, comme le pense Philippeau et comme nous l'admettrons aussi, symptomatique soit d'une lésion locale (infarctus pneumonique, affection cardiaque, mal de Bright) soit d'un état général ou d'une diathèse (cancer, tuberculose, rhumatisme).

1. BOISSEUIL. *Loc. cit.*

2. CRUVEILHIER. *Dictionnaire de médecine*, 1845.

3. DURAND-FARDEL. *Loc. cit.*

4. MONNERET-FLEURY. *Compendium de médecine pratique*, Paris, 1885, p. 320, t. VI.

Néanmoins, d'après ce que nous avons observé, nous pensons que la forme primitive est plus fréquente qu'on ne le croit, surtout si l'on range sous ce chef, comme il nous paraît permis de le faire, les pleurésies latentes, qui ne sont souvent constatées qu'à l'autopsie.

Pleurésie primitive

A) *Forme aiguë*. — La pleurésie primitive aiguë du vieillard, sans complications bien que pouvant évoluer avec des symptômes généraux et locaux semblables à ceux que cette maladie présente chez l'adulte, a cependant une durée plus longue, dûe à la marche très lente de la résorption de l'exsudat. En moyenne, sa durée oscille entre un mois et demi et deux mois (1).

Le mode de début diffère chez le vieillard et chez l'adulte.

Chez le vieillard, il est assez rare que ce mode soit franchement aigu, le plus souvent l'appareil symptomatique est, dans le cas de pleurésie sénile, très modifié. La fièvre et le point de côté peuvent manquer; souvent celui-ci n'est révélé que par une percussion attentive (*Obs. VIII*); l'affection a une allure subaiguë.

On peut voir la maladie débiter par des intermittences cardiaques, comme dans l'*Obs. I*, où nous avons noté une véritable ataxie du cœur. Il peut se faire enfin que les signes du début et les troubles fonctionnels manquent; s'ils sont à peine ébauchés, on arrive graduellement à la pleurésie latente.

B) *Forme subaiguë*. — Philippeau (2) s'exprime ainsi au sujet de la pleurésie subaiguë. « Le frisson initial fait souvent défaut. Quant aux autres phénomènes généraux, chacun d'eux peut

1. PHILIPPEAU. *Loc. cit.*

2. *Loc. cit.*

exister dans la forme subaiguë, mais ils ne sont presque jamais réunis dans un même fait. De plus, ils sont moins intenses, moins accusés qu'e dans la forme aiguë. »

Les observations que nous avons recueillies à ce sujet justifient cette manière de voir. Ainsi, dans notre *Obs. II*, la maladie a débuté par de l'agitation, de l'insomnie, de l'anorexie, une dyspnée marquée. On peut observer enfin des vomissements. Les phénomènes généraux sont souvent peu accusés, les signes physiques seuls ne diffèrent pas de ceux que l'on constate chez l'adulte.

C) *Forme chronique.* L'épanchement pleurétique considéré en lui-même ne diffère pas de celui de l'adulte; cependant il s'enkyste plus volontiers (1), a une marche plus insidieuse et passe plus fréquemment à l'état chronique.

La forme chronique est surtout fréquente chez le vieillard et n'est pas un signe de faiblesse individuelle, car nous l'avons observée à Saint-Julien, sur un vieillard très vigoureux. Elle correspond à des modifications anatomiques dont la plèvre sénile est le siège.

Chez le vieillard (2), en effet, on trouve souvent à l'autopsie des dépôts fibrineux épais étalés sur la plèvre et qui lui enlèvent son pouvoir absorbant. Ces fausses membranes sont dénuées de vaisseaux et le liquide est ainsi privé de ses voies d'absorption normales; en outre, les exsudats compriment les veines, les muscles respiratoires voisins sont enflammés, frappés d'impuissance fonctionnelle.

D) La pleurésie chronique peut se manifester d'emblée ou à la suite d'une pleurésie aiguë, il subsiste alors un reliquat de l'épanchement primitif. Dans notre observation personnelle (*Obs. VI*), elle semble avoir eu un début chronique d'emblée

1. WIDAL. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Art. « pleurésie », 1880.

2. WIDAL. *Loc. cit.*

sans être passée par une phase aiguë. Aucun des signes du début de la pleurésie aiguë n'a été noté, sauf un peu de dyspnée.

Le passage de la pleurésie aiguë ou subaiguë à l'état chronique est assez difficile à saisir; cependant le souffle bronchique, la bronchophonie, le silence respiratoire absolu, les phénomènes pseudo-cavitaires prédominent dans la pleurésie chronique (1); la marche de cette affection est toujours plus ou moins irrégulière et traversée par des alternatives d'ascension et d'abaissement de niveau du liquide épanché, sa durée oscille entre quelques mois et quelques années. La maladie se termine ou par la résorption, avec reliquats pseudo-membraneux, ou par dépérissement progressif avec fièvre hectique (*Obs. personnelle IX*) La mort peut être due à une vomique pleurale.

La pleurésie chronique est grave, car elle amène à sa suite des déformations thoraciques, des adhérences costo-pulmonaires et des atrophies musculaires fréquentes.

Disons incidemment que chez le vieillard, l'épanchement est souvent latent et par là même quelquefois méconnu, c'est ce qui en fait le danger (*Obs. XIII, XIV*).

La pleurésie sénile, si elle a un début franchement *aigu*, avec frisson initial, dyspnée, point de côté, a un pronostic relativement bénin et guérit assez souvent, plusieurs de nos observations montrent dans ces cas l'efficacité de la thoracentèse.

Mais, en général, nous le répétons, la maladie a une allure plus torpide; on n'observe ni frisson, ni point de côté, l'ascension initiale de la température ne dépasse pas 38°5, les symptômes généraux et locaux font défaut, quoique les signes stéthoscopiques ne diffèrent pas de ceux de la pleurésie chez l'adulte.

Quand on observe un hôpital de vieillards, on est tout d'abord

1. WIDAL. *Loc. cit.*

frappé par la fréquence des lésions, des dégénérescences de tissu qui leur sont spéciales. (Athérome, endartérite, sénilité du cœur et de la plèvre, catarrhe pulmonaire et emphyseme.)

Ces dernières affections peuvent masquer le début de la maladie et rendre le diagnostic difficile. « Le point de côté, la dyspnée, la toux, a dit Durand-Fardel (1) peuvent manquer et, comme ils se développent souvent chez des individus affectés de catarrhe, il arrive souvent que leur début reste ignoré, ou que les troubles fonctionnels, que ce dernier peut déterminer, peuvent être confondus avec ceux qui pourraient résulter de l'existence antérieure d'un catarrhe, d'un asthme ou d'une affection du cœur. »

Plus les stigmates de l'âge seront marqués chez le vieillard, plus il s'éloignera de l'âge viril, moins il aura de chances de voir son affection se terminer heureusement.

Parmi les causes multiples qui aggravent le pronostic de la pleurésie sénile, nous mentionnerons donc la fréquence assez grande de la forme chronique due à une résorption très lente, puis celle de la forme latente où manquent la fièvre et le point de côté, ainsi que les autres signes fonctionnels et enfin la possibilité de la production de lésions secondaires.

Sous l'influence de l'épanchement, le cœur d'un vieillard devient facilement asystolique (*Obs. I*).

L'organisme du vieillard réagit peu et la déchéance des fonctions vitales, la résistance moindre de l'individu aux causes morbides, la diminution générale des forces, l'exposent à une fin plus rapide, quelquefois à la mort subite (épanchement latent).

La guérison définitive doit être considérée comme rare; puisque nous ne l'avons notée que dans 6 cas, sur les 33 ob-

1. DURAND-FARDEL. *Loc. cit.*

servations que nous avons pu recueillir. Il s'agissait, dans ces cas, soit de pleurésies franchement aiguës, séro-fibrineuses, soit de pleurésies subaiguës. Un seul cas relevait de la pleurésie latente.

Dans quatre de ces pleurésies, la thoracentèse amena une amélioration rapide, sinon la guérison complète.

Dans un autre cas (*Obs. III*) la guérison a été due aux vésicatoires et aux diurétiques.

La maladie, dans un de ces cas, ne dura que 14 jours (*Obs. I*).

OBSERVATION I

Pleurésie latente du côté droit. — Thoracentèse

Guérison (1).

Le 16 juin 1874, entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, service de M. H. Gintrac, le nommé B..., âgé de 71 ans.

Ce vieillard, tout en ayant une grande susceptibilité de la muqueuse bronchite, a toujours joui d'une santé excellente.

En hiver 1873, il a été atteint d'une bronchite qui a duré une grande partie de l'hiver; mais cette bronchite a été légère, notre malade a continué à vaquer à ses occupations; il ne s'est point alité un seul jour.

Il entre aujourd'hui à l'hôpital pour un violent battement de cœur, qui, dit-il, amène à chaque instant des accès de suffocation. Indépendamment de cela, le malade a de la dyspnée au moindre exercice et il ne peut se coucher sur le côté gauche. Parfois aussi il a des quintes de toux qui ne sont suivies d'aucune expectoration. Ces accidents dont le malade a souffert depuis un mois environ ne se sont jamais accompagnés de fièvre, jamais aussi le malade n'a éprouvé de douleurs dans la poitrine.

Couché au n° 7 de la salle 15, on constate en l'examinant le 17 juin les phénomènes suivants :

Le cœur, sur lequel le malade appelle surtout notre attention, n'est pas hypertrophié; il bat avec une vitesse et une force anormales.

L'auscultation pratiquée avec le plus grand soin ne révèle l'existence

1. PHILIPPEAU. — *Loc. cit.* p. 33.

d'aucun bruit de souffle, mais on constate à des intervalles variables, n'ayant rien de réguliers (de 15 à 30 pulsations) une légère intermittence, comme une absence du premier bruit. Ce trouble cardiaque correspond à une intermittence semblable au pouls radial.

L'examen de la poitrine fait constater une voussure à droite et en arrière au niveau du grand angle des côtes ; cette voussure assez légère est surtout marquée à la base de la poitrine et diminue insensiblement en remontant vers le sommet de ce poumon.

A ce niveau, les mouvements d'ampliation du thorax pendant l'inspiration sont à peine marqués ; les côtes à demi-soulevées restent à peu près immobiles et les espaces intercostaux sont légèrement élargis.

A la palpation, on constate l'absence complète des vibrations thoraciques à droite et en arrière, depuis la base de la poitrine jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate ; au-dessus de ce point, elles existent, mais sont considérablement affaiblies. En avant et du même côté, absence des vibrations depuis la base jusqu'au mamelon.

La percussion donne une matité absolue dans tous les points où existe l'absence des vibrations thoraciques. La matité remonte en arrière jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate, tandis qu'en avant elle dépasse fort peu le mamelon.

A l'auscultation nous notons l'absence complète du bruit respiratoire à la base de la poitrine, tant en avant qu'en arrière.

Dans les régions supérieures de la poitrine, on entend le murmure respiratoire, mais il est très affaibli. Ni souffles, ni râles appréciables.

L'auscultation de la voix en révèle la modification suivante : tandis qu'à la base du thorax, la résonance vocale est sourde, très affaiblie et à peine perceptible, elle devient en remontant vers les parties supérieures, tremblotante, cassée et présente cette modification particulière qui a reçu le nom d'égophonie ou voix chevrotante.

L'auscultation du côté gauche de la poitrine dénote une respiration exagérée puérile. De ce même côté la sonorité est normale.

Tels sont les signes locaux que fournit l'examen de la poitrine.

Quant aux signes généraux ils manquent absolument. Point d'exagération dans la fréquence du pouls, point d'élévation de température. Absence complète de point de côté. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement.

On diagnostique un épanchement pleurétique et l'on prescrit des diurétiques et un large vésicatoire sur le côté droit et en arrière.

Le 19 juin, l'état général du malade est toujours satisfaisant. Quant à l'épanchement, loin de diminuer il paraît avoir légèrement augmenté.

La thoracentèse est pratiquée avec l'appareil Dieulafoy dans le

cinquième espace intercostal droit, elle donne issue à 2.200 grammes environ d'un liquide séreux, transparent, d'un jaune citrin et moussant beaucoup à sa surface, mais il en reste encore une assez grande quantité dans la poitrine.

Le soir même de l'opération, le malade a un léger mouvement fébrile qui ne survient plus les jours suivants.

Le 20. — On constate une amélioration sensible.

Le murmure respiratoire, quoique encore très affaibli, a reparu. Le long de la colonne vertébrale, on perçoit un souffle doux, assez intense. La matité a diminué de hauteur. De plus, chose importante à noter, les intermittences cardiaques ont complètement disparu. On prescrit des badigeonnages à la teinture d'iode sur le côté malade.

Le 26. — Persistance du souffle, mais il est moins fort. Le murmure respiratoire est beaucoup plus net. La toux et la dyspnée ont complètement disparu. La matité a beaucoup diminué et fait place à de la submatité.

Le 27. — Le souffle a disparu le long de la colonne vertébrale. La submatité persiste toujours, mais elle est moins prononcée. Quelques frottements pleuraux se font entendre.

Enfin le *1^{er} juillet*, l'amélioration s'étant continuée, le malade, qui habite Bordeaux, demande à partir, tout en promettant de venir nous revoir.

N'ayant pas, depuis, revu le malade, nous avons tout lieu de croire que les accidents ne se sont pas reproduits et que la guérison s'est maintenue.

Réflexions

Cette pleurésie présente une particularité, c'est qu'elle a débuté par des intermittences cardiaques avec palpitations et intermittences du pouls radial; aucun des signes de début, si ce n'est la dyspnée, n'a été noté.

On a pu constater un état asystolique du cœur très prononcé et créé par l'épanchement très abondant: 2.200 grammes.

Un autre fait à noter, c'est l'insuffisance des vésicatoires et des diurétiques et le succès éclatant de la ponction aspiratrice.

OBSERVATION II

Pleurésie subaiguë du côté gauche. — Thoracentèse

Guérison (1).

La nommée Hébert, âgée de 71 ans, pensionnaire à l'hospice des Incurables d'Ivry, entre à l'infirmerie, dans le service de M. Strauss, le 25 mars 1877, se plaignant de faiblesse et de dyspnée depuis dix jours.

Cette femme petite, grêle, délicate, pâle, présente tous les attributs de son âge avancé et notamment un cercle sénile très apparent. — Elle n'accuse aucun antécédent pathologique et a toujours joui d'une santé excellente.

Dix jours environ avant son entrée, elle fut prise de malaise et de gêne respiratoire, allant jusqu'à l'essoufflement quand il fallait agir ou monter les escaliers. Pas de frisson initial et absence totale de douleur thoracique, mais dès le début, elle paraît avoir présenté un mouvement fébrile se traduisant par de l'agitation, de l'insomnie, par un dégoût absolu pour les aliments, par des nausées et quelques vomissements. Son oppression augmentait lorsqu'elle essayait de se coucher sur le côté droit, selon son habitude antérieure, et elle dut adopter le décubitus latéral gauche.

A son entrée à l'infirmerie on constate l'état suivant: grande faiblesse générale; facies pâle, très anémié; pouls petit, faible, presque fili-forme, battant à 108 par minute; T. 38°4. Oppression notable, surtout quand la malade se remue; pas de douleur thoracique.

Le thorax présente une ampliation manifeste du côté gauche; les espaces intercostaux sont notablement distendus du même côté.

A la percussion, matité absolue, fémorale, dans les deux tiers inférieurs du côté gauche; sous la clavicule du même côté, sonorité exagérée, presque tympanique. — Dans les points mats, absence complète des vibrations thoraciques.

A l'auscultation, silence complet dans les parties déclives; vers l'épine de l'omoplate souffle voilé, lointain, un peu aigre et égophonie.

Respiration puérile au sommet du poumon gauche et dans toute l'étendue du poumon droit, sans aucuns râles.

Pas d'expectoration, ni de toux; la malade affirme n'avoir toussé à aucun moment.

Le cœur est très notablement refoulé. La pointe bat sous les parties molles du creux épigastrique, assez nettement pour que la malade elle-

1. Lue par M. STRAUSS à la Société médicale des hôpitaux, séance du 25 mai 1877.

même ait conscience de ce déplacement. Les bruits du cœur sont un peu sourds, mais réguliers et sans souffle.

Langue humide, nette. Inappétence absolue ; sécrétion urinaire extrêmement réduite ; constipation.

Le diagnostic ne permettait aucun doute ; il s'agissait d'un épanchement pleurétique abondant dans la plèvre gauche.

La quantité de liquide épanché (il remplissait les deux tiers au moins de la plèvre gauche), la déviation très notable du cœur, la faiblesse du pouls, la pâleur de la malade, l'oppression constante qu'elle accusait dictaient d'avance la conduite à suivre : c'était un cas de thoracentèse, sinon d'urgence, au moins de nécessité.

La thoracentèse fut pratiquée, séance tenante, à l'aide de l'appareil de M. Potain.

Pendant l'opération, la malade fut surveillée. Au bout de huit à dix minutes, alors que le jet du liquide dans l'appareil était encore très vigoureux, le pouls, très faible déjà avant l'opération, fléchit encore davantage ; la malade, quoique placée dès le début dans l'attitude demi-couchée, se plaignit d'étouffer. Craignant une syncope, et, bien qu'à la vigueur de l'écoulement on pût deviner qu'il restait encore une notable quantité de liquide dans la plèvre, on termina là l'opération.

Un litre et demi de liquide avait été retiré ; c'était une sérosité jaunâtre citrine, fortement mousseuse, transparente, sans aucun mélange de sang ni de pus. Au bout de dix minutes à peine le liquide presque tout entier était pris en un coagulum épais rappelant le caillot de la saignée. Traité par la chaleur et l'acide nitrique, le liquide se prenait en une masse presque solide dans l'éprouvette ; en un mot, c'était un liquide évidemment séro-fibrineux, tel qu'on le rencontre dans les phlegmasies franches de la plèvre chez l'adulte.

Moins d'un quart d'heure après l'évacuation du liquide, la malade, que l'on avait eu soin de placer dans la position horizontale, était complètement remise. Le pouls s'était relevé ; la pâleur syncopale s'était dissipée ; elle-même se déclara singulièrement soulagée et comme débarrassée du poids qui l'oppressait.

Ni pendant l'opération, ni dans les moments qui la suivirent, la malade n'éprouva la moindre quinte de toux et l'expectoration demeura nulle, comme auparavant. Pour ne pas fatiguer la malade, on s'abstient de la percuter et de l'ausculter en arrière ; en avant, on constate, par la percussion, un abaissement notable de la ligne de niveau de la matité qui, de la troisième côte, est descendue à la septième côte environ, se confondant avec la matité précordiale. La pointe du cœur continue à

battre dans le creux épigastrique. — Prescription : potion de Todd 120 gr.; infusion de café, chaude.

Le soir, le mieux persiste; la malade déclare respirer librement, comme autrefois. P. 104; il est relevé et énergique; T. 38°6.

Dans la nuit, insomnie.

Le lendemain 26. — La respiration est calme; le poulx bat 112 par minute; la température est presque normale, 37°8. Pendant la nuit, sueurs abondantes.

A la percussion, la matité, en arrière, occupe presque la même étendue que la veille, avant l'opération; cependant, toujours absolue dans le 1/3 inférieur, elle est moins intense vers la partie supérieure.

Le murmure vésiculaire a reparu dans les 2/3 supérieurs, mais il est affaibli dans une assez grande étendue. Le souffle et l'égophonie continuent à être perçus, mais ils existent à un travers de main plus bas que la veille, vers l'angle inférieur de l'omoplate. On peut estimer à près d'un litre la quantité de sérosité qui n'a pas été retirée de la plèvre ou qui s'est reproduite depuis la veille.

Prescription : potion de Todd 120 gr. Macération de feuilles de digitale 50 centigr.

Le cœur est notablement moins dévié, sans avoir repris sa place normale; sa pointe bat, non plus au niveau de la fossette sous-sternale, mais à environ trois travers de doigt en dedans du mamelon.

Le 26 mars. — L'amélioration s'accuse de plus en plus; la température est normale, le poulx à 92. L'appétit commence à renaître et le malade dort la nuit. Les signes stéthoscopiques ne se sont pas modifiés. Pour hâter la résolution, un large vésicatoire est appliqué sur la poitrine et la macération de digitale est continuée.

Le 30 mars. — Cinq jours après la ponction, on aperçoit le murmure vésiculaire dans presque toute la hauteur du poumon gauche; seulement, il est obscurci à la base où persiste du souffle et un peu de tremblement de la voix. Le cœur a repris sa place. L'appétit est encore languissant.

Le 9 avril. — Les forces sont revenues; le malade se lève. La respiration se perçoit même à la base du poumon gauche, quoique l'expansion demeure toujours un peu affaiblie. A la percussion, une submatité très accusée continue à exister dans la moitié inférieure, en arrière.

Les deux sommets du poumon examinés avec le plus grand soin ne révèlent l'existence d'aucune modification appréciable.

Le 15 avril. — La malade pouvait être considérée comme absolument guérie.

Le 25 mai. — La malade a quitté l'infirmierie pour rentrer dans son dortoir, on la trouve alerte, allant et venant avec vivacité et montant sans fatigue, plusieurs fois par jour, deux grands étages.

La respiration est nette dans toute l'étendue du poumon gauche ; seulement à la base et en arrière, subsiste une matité évidente. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement. La guérison peut être considérée comme définitive et parfaite.

OBSERVATION III.

Pleurésie aiguë du côté droit

Guérison.

Le nommé B. R..., âgé de 64 ans, charpentier, entre à l'hôpital le 28 décembre 1864. (1).

Se dit malade depuis trois semaines. Comme maladies antérieures, cet homme nous dit avoir eu une pneumonie à gauche il y a 4 ans.

L'affection qui l'amène aujourd'hui date de trois semaines. A la suite d'un refroidissement, il aurait été pris de frissons suivis de chaleur, d'inappétence et de céphalalgie. Le lendemain, il ressentit un point douloureux du côté droit au-dessous du mamelon et une douleur vague le long du sternum. A ces symptômes se joignirent de l'oppression et une légère toux ; le malade dut interrompre ses travaux.

Etat actuel. — Accélération des mouvements respiratoires (28). Oppression : point douloureux dans le côté droit, siégeant au-dessous du mamelon, toux légère, expectoration abondante, filante. A l'inspection du thorax, on remarque une dilatation générale du côté droit. La mensuration de chaque côté de la poitrine donne une différence de 1 centimètre en faveur du côté malade. Le cyrtomètre accuse aussi une dilatation du côté droit.

A la percussion, on constate : à gauche, sonorité normale ; à droite, sonorité légèrement exagérée sous la clavicule, matité à partir du mamelon jusqu'à la base du thorax ; sonorité normale dans tout le côté gauche, matité complète à droite jusqu'à l'épine de l'omoplate. La fosse sus-épineuse seule est sonore.

A l'auscultation, on entend la respiration exagérée, puérile, dans tout le côté gauche tant en avant qu'en arrière. A droite et en avant, dans la région sonore, la respiration est mêlée à quelques râles sibilants ;

1 WEBER. *De la pleurésie aiguë chez l'adulte.* Thèse de Strasbourg. 1867.

dans la région mate il y a absence du bruit respiratoire. A droite et en arrière, on entend la respiration dans la fosse sus-épineuse seulement, dans toute la partie située au-dessous, la respiration est nulle.

Dans l'aisselle, matité et absence de murmure vésiculaire.

Remarquons qu'à la limite, entre la matité et la sonorité, l'on n'entend ni bruit de souffle, ni égophonie. Il y a également absence complète des vibrations thoraciques.

Appétit faible ; soif intense ; selles normales. Le foie est un peu abaissé ; le cœur est également un peu déplacé, car sa pointe bat légèrement en dehors du mamelon. La fièvre est peu marquée (P. 92, T. 38°2).

On diagnostique une pleurésie avec épanchement très abondant. On prescrit un vésicatoire de 20 centimètres de côté, que l'on fait appliquer sur le côté droit de la poitrine.

29 décembre. — P. 96, T. 38°5. Le malade a été oppressé la nuit dernière ; il a dû s'asseoir dans son lit. Les symptômes locaux sont les mêmes. On institue un traitement par les diurétiques.

Nitrate de potasse : 8 gr.

Eau distillée : 120 gr.

A prendre par cuillerées : une cuillerée par heure.

En même temps : infusion de tilleul, 1 litre.

Le soir, même état local ; P. 120 ; T. 39°8.

Le 30 décembre. — Même état, cependant la fièvre a un peu diminué. P. 96, T. 38°2. — La potion diurétique n'a encore produit aucun effet.

Le 31 décembre. — Le nitre commence à agir. P. 100, T. 38°4.

— Les symptômes locaux ont un peu changé. En avant, la matité occupe toute la hauteur du poumon droit et la respiration est nulle. En arrière, même état que la veille. Le liquide paraît avoir augmenté.

Le soir, l'état est le même.

1^{er} janvier — La diurèse s'établit, le malade a rendu 1.250 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures, alors que, jusqu'à ce jour, la quantité ne dépassait jamais 900 grammes ; il est plus tranquille. Pas de fièvre. P. 88, T. 38°. Le malade a dormi la nuit dernière ; il ne ressent plus aucune douleur. La sonorité existe de nouveau en avant jusqu'au niveau du mamelon, et en arrière dans la fosse sus-épineuse et même un peu dans la fosse sous-épineuse. Dans tout le reste toujours des râles sibilants, mais il n'y a ni souffle ni égophonie. Le malade se

trouve assez bien ; il a un peu d'appétit. — On continue le nitre à la dose de 10 grammes dans une potion de 120 grammes.

Le 2 janvier. — Pas de changements notables. Continuation du nitre et application d'un second vésicatoire.

Le 4. — Même état. P. 96, T. 37°2. Urines 1.300 grammes nitre ; vin scillitique, 2 cuillerées.

Jusqu'au 10 *janvier*, il n'y a pas de changements ; on continue le nitre et le vin scillitique que l'on porte à 3 cuillerées par jour. On applique aussi un séton sur le côté droit.

Le 11 janvier. — L'état est le même ; le malade se plaint du séton.

Le 12. — Pas de changements dans l'état local ; mais l'état général s'améliore.

Le malade a de l'appétit ; il dort la nuit. On continue le nitre et le vin scillitique.

Le 14, apyrexie : urines 1.300 grammes. A la percussion, les symptômes sont toujours les mêmes ; mais à l'auscultation on entend la respiration dans toute la partie antérieure ; en arrière, on ne l'entend que dans la fosse sus-épineuse et à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse. Dans l'aisselle, on entend le bruit vésiculaire à la partie supérieure ; on nourrit le malade.

Le 22. — Le malade va bien. La respiration s'entend, pour ainsi dire, dans tout le côté droit. Ce côté se rétrécit un peu, mais il est toujours plus dilaté que le côté gauche. On continue le traitement diurétique.

Le 28. — L'amélioration continue. Le malade se porte maintenant assez bien, il se lève dans la journée.

Le 1^{er} février. — La respiration s'entend en avant et en arrière dans toute la hauteur de la poitrine. La sonorité est encore un peu obscure. Dans la paroi externe, on entend quelques craquements pleuraux. On suspend les diurétiques et on laisse guérir le séton ; on nourrit bien le malade.

L'amélioration continue et enfin, le 20 *février*, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV

Épanchement pleurétique abondant du côté gauche. — Thoracentèse. Guérison (1).

Thill (Jean), porteur d'eau, 65 ans, est pris presque tout à coup, le 29 *juillet*, d'une douleur en barre à la base de la poitrine, sans frisson ni

1. LACAZE-DUTHIERS. — *De la paracentèse de la poitrine et des épanchements pleurétiques qui nécessitent son emploi.* Thèse de Paris, 1851.

fièvre ; il se force pour travailler jusqu'au 1^{er} août, soir. A partir de ce moment, il reste au lit très gêné et très oppressé, buvant une tisane d'orge miellée, restant à la diète, sans suivre d'autre traitement.

Le 10 août, on constate tous les signes d'un épanchement très abondant à gauche ; cet épanchement déplace le cœur et donne une matité absolue jusqu'en avant et en haut. Saignées, ventouses (le sang est couenneux).

Le 11. — Soulagement de la dyspnée, mais pas de modifications dans l'épanchement. On pratique la thoracentèse et l'on retire 2.250 grammes de sérosité limpide, non colorée. Il survient un peu de toux et de gêne respiratoire. A mesure que le liquide s'écoule, le son reparaît à la face antérieure du thorax et le cœur revient vers sa position normale. Après l'opération, le murmure vésiculaire est perçu dans toute l'étendue de la poitrine en avant, sans égophonie, avec un léger frottement pleural. Le cœur a repris sa place naturelle. En arrière, la respiration est revenue dans toute l'étendue et le chevrottement est très marqué à la base ; pas de souffle ; frottement double.

Le soir, le malade se trouve très bien ; pas la moindre douleur ; pouls à 84 ; chaleur modérée ; pas de soif, pas de toux ; expectoration presque nulle.

Le 12. — Le malade a passé une bonne nuit ; le décubitus se fait indifféremment sur l'un et sur l'autre côté. Pouls à 76 ; peu de soif ; frottements en avant et un peu en arrière.

Son obscur et respiration faible depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas ; égophonie limitée à la gouttière costo-vertébrale ; craquements secs et assez rudes.

Le 16. — Le malade se lève et se promène sans la moindre gêne.

Le 18. — Plus d'épanchement ; le son et la respiration sont un peu obscurs, mais distincts cependant ; un peu de retentissement de la voix ; pas de douleurs dans la poitrine. L'état général est très satisfaisant.

Le 26. — Le malade sort en parfaite santé.

OBSERVATION V

Pleurésie subaiguë du côté droit. — Thoracentèse.

Guérison (1).

N. Alexandre, 63 ans, tailleur d'habits, entre le 31 octobre à l'hôpital Saint-Antoine. Il n'a jamais eu de maladies graves et en particulier d'affections pulmonaires.

1 BOURNEVILLE. — *Gazette des hôpitaux* (1863).

Le 19 octobre dernier, il fut pris d'un frisson subit et le soir il eut un point de côté à droite. Jus qu'au jour de son admission, il a continué son travail ; l'appétit restait assez bon, le sommeil était médiocre; le décubitus n'était possible que sur le côté malade et parfois l'oppression l'obligeait à s'asseoir. Une toux sèche, fatigante, aggravait la douleur du point de côté. Enfin des battements de cœur fréquents venaient compliquer cette situation morbide.

Le 1^{er} novembre. — On constata dans la moitié droite de la poitrine, en avant, dans toute la hauteur, matité et absence du bruit respiratoire ; en arrière, mêmes signes dans les $\frac{3}{4}$ inférieurs, avec toux soufflante et bronchophonie. Le cyrtomètre mesure à droite 45 centimètres et à gauche 40 centimètres — chiendent nitré ; 8 ventouses scarifiées.

Le 2. — En avant, faiblesse extrême du murmure vésiculaire et matité absolue jusqu'au sommet ; ce dernier phénomène existe également en arrière, où la respiration, très faible au niveau de la fosse sus-épineuse, un peu bronchique à la racine du poumon, est nulle à la base. La mensuration donne les mêmes résultats qu'hier. Toux soufflante à l'origine des bronches ; broncho-égophonie légère. Pas de vibrations thoraciques. Poitrine globuleuse, espaces intercostaux non déprimés. Décubitus dorsal et sur le côté affecté. Le patient s'assied souvent, il déclare respirer un peu plus facilement qu'hier. — Pouls à 88, respiration à 30 — chiendent nitré : 8 ventouses scarifiées.

Le 3. — Les signes fournis par l'auscultation et la percussion sont les mêmes qu'hier.

Le patient n'est pas plus oppressé, mais malgré l'application des ventouses, l'épanchement n'a pas diminué, car le cyrtomètre donne à droite 45 centimètres $\frac{1}{2}$ et à gauche 39 centimètres $\frac{1}{2}$. Aussi la thoracentèse est-elle pratiquée à deux travers de doigt au-dessous et en dehors du mamelon. Elle donne issue à 3.100 grammes d'un liquide filant, de couleur citrine et qui, abandonné à l'air, laisse coaguler de la fibrine.

Environ une heure après l'opération, on observe les symptômes suivants : en avant, sonorité depuis la clavicule jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous du mamelon ; à partir de ce point, matité ; murmure vésiculaire mêlé de quelques bruits de frottement. En arrière, il y a du son jusqu'au niveau du tiers inférieur de l'omoplate et de la matité plus bas ; respiration rude sans souffle, mais faible. Pas de chevrottement de la voix ; les vibrations thoraciques ont reparu dans la moitié supérieure. Toux fréquente. — Chiendent nitré ; julep diacodé, deux bouillons et deux potages.

Le 4. — La toux, plus fréquente après la ponction, l'est moins aujourd'hui; expectoration muqueuse, spumeuse, peu abondante.

La percussion montre qu'en avant la matité s'étend jusqu'au mamelon, le malade étant assis, tandis qu'elle descend, s'il est couché, à deux travers de doigt au-dessous de cet organe; supérieurement priorité à timbre moins élevé que du côté sain. Dans toute la hauteur, à l'auscultation, respiration rude, parfaitement superficielle, souffle léger vers le 3^e espace intercostal.

En arrière, du sommet au quart inférieur de l'omoplate, sonorité; de là jusqu'à la base, la matité, très évidente, n'est point cependant absolue. Le murmure vésiculaire est faible, mais s'entend partout et même sur les parties latérales. Retentissement de la voix peu marqué, pas d'égophonie. Les vibrations thoraciques sont moins intenses qu'à gauche. Le point douloureux a disparu. Mensuration: 42 à droite, 39 à gauche. Respiration à 26, pouls à 88. Les palpitations cardiaques dont le malade se plaignait ont cessé. L'appétit est meilleur; la langue couverte d'un léger enduit blanchâtre; ni nausées, ni vomissements; garde-robes régulières. — Chiendent nitré; julep diacodé; une portion.

Le 5. — Le son est plus net en arrière où la respiration, vésiculaire au sommet, est en bas et surtout au-dessous de l'aisselle mélangée de bruits et de frottements semblables à de gros râles sons-crépitants et ne recevant aucune modification par la toux. En avant, sonorité normale; bruits de frottement très prononcés. Pouls à 80; respiration à 24. Toux rare; expectoration peu abondante et ayant tout à fait l'aspect d'une solution de gomme. Même traitement.

Le 6. — Rien n'est changé en arrière. La respiration reprend antérieurement son rythme normal; les bruits de frottement diminuent. Le dessin cyrtométrique est, à droite, identique à celui du 3 novembre et égal à 41 centimètres. Pas de fièvre ni de toux; l'expectoration n'est plus visqueuse. Le patient peut changer de position. Prescription, *ut supra*.

Le 9. — Mêmes signes en avant. Postérieurement, sonorité dans les deux tiers supérieurs; respiration nette; submatité dans le tiers inférieur, où le murmure vésiculaire est faible et s'accompagne de bruit de frottement. Mensuration à droite, 40 centimètres 1/4. Pas d'oppression ni de toux; respiration libre à 28.

Le 12. — En arrière, jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, diminution à peine sensible de la sonorité qui, plus marquée au-dessous, est cependant loin d'être absolue. Respiration faible au sommet ainsi qu'au niveau du scapulum où s'entendent quelques bruits de frottement qui

disparaissent en descendant. A la partie antérieure du côté droit de la poitrine, le son est naturel de la clavicule au mamelon. Plus bas, il est un peu obscur. Le murmure vésiculaire est perçu dans toute la hauteur; petit craquement vers l'aisselle. Mensuration, 40 centimètres et demi à droite; 39 centimètres à gauche. Pouls à 72; respiration à 24.

Ni toux, ni expectoration. Etat général très satisfaisant. — Même traitement.

Le 18. — A la percussion, différence presque insensible entre les deux côtés en arrière. A droite et toujours en arrière, faiblesse légère de la respiration avec bruit de frottement douteux à la base. En avant, de la clavicule au mamelon, sonorité et respiration normales: submatité au-dessous, bruits de frottement moins prononcés que la dernière fois, particulièrement vers l'aisselle. Le cyrtomètre donne 41 centimètres à droite. Le malade se trouve de mieux en mieux. L'appétit augmente (deux portions); les forces reviennent.

Le 21. — Enfin, le patient sort guéri pour l'asile de convalescence de Vincennes.

OBSERVATION VII

Communiquee par M. le professeur agrégé PARISOT.

Poussardin, Joseph, 65 ans, chiffonnier, entre le 25 septembre 1888 à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Bernheim suppléé par M. le professeur agrégé P. Parisot.

Aurait été traité à Besançon pour une affection sur laquelle il ne peut nous donner de renseignements bien déterminés.

Depuis deux ans, il souffre d'un épithélioma à l'os malaire.

Se dit malade depuis trois semaines; son affection aurait commencé par un point douloureux au côté droit du dos, au niveau où s'exerçait la pression de son sac.

Aurait eu quelques frissons, de la gêne respiratoire.

A très peu toussé. Pas d'expectoration.

Etat actuel: 28 septembre: T. 37°6, P. 68, R. 28.

Décubitus indifférent, se sent légèrement gêné pour respirer, pas de douleur dans la poitrine.

On constate à l'examen de la poitrine que le thorax est bien conformé, les deux côtés se soulèvent également à l'inspiration.

On voit battre le cœur à gauche de l'appendice xyphoïde. A la percussion, à gauche de l'appendice xyphoïde à la percussion, à gauche, au 3^e

espace submatité, aux 4^e, 5^e, 6^e espaces matité, au dessous sonorité stomacale.

Au sommet-gauche le son semble un peu plus aigu qu'à droite, il y a du skodisme.

En arrière, à gauche, matité à partir de l'angle de l'omoplate.— Inspiration nette à droite dans les fosses sus et sous-épineuses, à la base quelques râles sous-crépitaux.

A gauche, respiration nette dans la fosse sus-épineuse et dans la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse; la respiration s'affaiblit dans la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse; à l'angle de l'omoplate, souffle doux jusqu'à la base; perceptible également à la base de l'aisselle. Au niveau de l'omoplate égophonie, les vibrations thoraciques ne sont pas abolies, mais diminuées.

Traitement: thé au rhum; malaga.

La pointe du cœur bat au niveau du sternum. Artères athéromateuses, pouls ample, régulier, égal. — Bruits du cœur normaux.

N'a pas eu d'étouffements.

Appétit conservé. Pas de dysphagie.

29 septembre: T. 38°2, P. 100, R. 28

Ce matin, on sonde le malade dans le décubitus latéral droit.

1^{er} octobre: T. $\frac{37^{\circ}2}{38^{\circ}5}$ P. $\frac{78}{88}$ R. $\frac{24}{28}$

A la percussion, matité franche à 2 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate; submatité à partir de l'angle de l'omoplate.

Traitement: liqueur de Hoffmann, 1 g, 50.

Accuse toujours un peu de dyspnée.

Au niveau de la région mate, égophonie. Au niveau de l'angle de l'omoplate on entend quelques crépitations à l'inspiration, un souffle doux à l'expiration, à la base il y a abolition du murmure vésiculaire. — Diminution des vibrations thoraciques.

A eu 6 selles diarrhéiques.

Traitement: on supprime la liqueur de Hoffmann qu'on remplace par une potion avec sirop d'éther.

3 octobre: T. $\frac{36^{\circ}2}{38^{\circ}3}$ P. $\frac{88}{100}$ R. $\frac{28}{32}$

La submatité commence à 2 travers de doigt au-dessous de l'angle de

l'omoplate, la matité compacte commence à 5 travers de doigt au-dessous de l'angle. — S'est plaint de céphalée la nuit. — Dyspnée moindre.

$$6 \text{ octobre : } T. \frac{37^{\circ}}{37^{\circ}6} \quad P. \frac{78}{88} \quad R. \frac{22}{24}$$

L'égophonie a disparu. Il y a de la matité compacte à partir de 3 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. En se rapprochant du bord axillaire, la matité ne commence qu'à partir de 4 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate.

A la base, dans les deux derniers espaces, absence complète de murmure vésiculaire ; à partir de 3 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, jusqu'à la base, on entend l'inspiration avec quelques frottements : pas d'expiration.

$$8 \text{ octobre : } T. \frac{37^{\circ}}{37^{\circ}6} \quad P. \frac{78}{80} \quad R. \frac{20}{24}$$

On perçoit encore le bruit de frottement.

A eu 3 selles diarrhéiques ; langue blanche.

$$11 \text{ octobre : } T. \frac{37^{\circ}}{37^{\circ}6} \quad P. \frac{72}{80}$$

Même état, 2 selles diarrhéiques.

15 octobre. — Le maximum des bruits du cœur s'entend un peu en dedans du mamelon.

Dans les 3 derniers espaces à gauche matité, submatité dans les espaces au-dessus.

On perçoit le murmure vésiculaire jusqu'à la base, affaibli par rapport au côté droit. Les vibrations thoraciques se perçoivent.

Le malade se trouve bien, se lève, mange avec appétit.

Le 18 octobre, l'état est le même. Le malade demande sa sortie.

Réflexions

Cette pleurésie a eu un début assez brusque, analogue à celui de la pleurésie chez l'adulte, avec fièvre, dyspnée, point de côté.

Remarquons aussi que le vieillard en question n'était âgé que de 65 ans, ce qui tend encore à justifier ce que nous avons dit de la marche de la pleurésie chez les vieillards dont l'âge n'est pas très avancé. Dans cette observation l'épanchement a commencé à se résorber sans vésicatoire et presque sans traitement.

En résumé, sur quatre cas de pleurésie primitive, séro-fibrineuse sans complications, traités par la *thoracentèse*, quatre fois nous avons relevé la guérison.

Dans un cas, la résorption s'est faite sans ponction.

Il est donc déjà permis de penser que le pronostic porté par Beau est bien fâcheux, sinon fatal, et de dire que la pleurésie franche, chez le vieillard, peut guérir, si elle est traitée à temps.

Nous sommes alors amené à faire des distinctions justifiées par l'allure plus ou moins franche, plus ou moins analogue à celle que peut présenter la maladie chez l'adulte.

Lors même que la pleurésie prend une marche chronique, il ne faut pas admettre comme une proportion habituelle le chiffre des 3 décès observés sur 4 pleurésies chroniques par Jaurand (1).

Il nous a été donné, en effet, d'observer à l'hospice Saint-Julien deux pleurésies séniles, qui font exception à la règle établie par Jaurand, franchement chroniques, elles ont atteint deux malades qui ont présenté une résistance inespérée.

L'un d'eux, âgé de 85 ans, n'éprouve qu'une dyspnée insignifiante, avec un épanchement persistant d'un demi-litre environ, et continue malgré son grand âge à aller et venir, à vaquer à ses occupations.

L'autre malade présente encore actuellement des symptômes de tuberculose, à marche latente, il est vrai, ce qui est assez fréquent chez le vieillard.

1. JAURAND. *Loc. cit.*

Néanmoins, cette malade se porte relativement bien, a de l'appétit, peut se lever et marcher. Son état s'est sensiblement amélioré.

Voici l'observation du premier de ces malades.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

Baps, 85 ans, entrepreneur de broderies. Pleurésie droite chronique.

Antécédents héréditaires et personnels. Aurait été paralysé, il y a longtemps dit-il, ne peut donner de renseignements précis à ce sujet.

Garde le lit depuis 2 jours.

L'affection aurait débuté il y a 4 ou 5 jours par de l'inappétence accompagnée de toux et d'expectoration.

Pas de fièvre ni de point de côté.

Les antécédents héréditaires du malade sont les suivants : il n'a pas eu d'affection tuberculeuse, a des fils tous bien portants. Mère morte à 75 ans d'une affection cardio-pulmonaire.

15 novembre 1889. — Artères flexueuses, dures.

La pointe du cœur bat dans le 6^e espace, vers la ligne mamillaire.

Veines dilatées au cou et à la paroi thoracique.

Thorax globuleux, côtes saillantes.

Respiration irrégulière.

A la percussion, son égal des deux côtés, bref, un peu obscur. Vers la région cardiaque, la sonorité diminue, mais il n'y a pas de matité proprement dite ; en arrière, matité compacte à droite.

A l'auscultation, l'inspiration est rude et sèche, avec ronflements à l'expiration.

En faisant tousser le malade, on entend quelques râles sibilants et muqueux.

Le cœur présente par moment des intermittences (faux pas du cœur). En arrière, la respiration ne se perçoit plus dans la fosse sous-épineuse et tout le côté droit; égophonie à partir de 0,02 à 0,03 cent. au-dessus de l'angle de l'omoplate. Langue chargée, humide.

16 novembre. — Décubitus latéral droit.

Expectoration blanche, spumeuse et muqueuse. — Anorexie.

T. 36°8, P. 92, R. 32.

Urines: V. 1.500.

17 novembre: T. $\frac{36^{\circ}4}{36^{\circ}6}$ P. $\frac{84}{88}$ R. 40

18 — T. $\frac{37^{\circ}2}{36^{\circ}6}$ P. $\frac{84}{80}$ R. 32

On constate que le côté droit est plus voussuré que le gauche, l'angle postérieur des côtes est plus saillant; vibrations thoraciques conservées à droite; actuellement sonorité dans toute la hauteur à gauche, diminuée dans les derniers espaces, exagérée dans les premiers.

A droite, matité suivant une ligne passant par l'angle de l'omoplate et le mamelon, inclinée en avant.

A l'auscultation, à gauche, dans toute la hauteur, on perçoit le murmure vésiculaire.

La respiration est sèche avec râles ronflants.

A droite, dans la fosse sus-épineuse et sous-épineuse, râles ronflants jusqu'à la base.

Plus de murmure depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base; au niveau de l'angle des côtes, voix jetonnée.

Langue blanche, humide. — Anorexie.

Bruits du cœur normaux.

Pas de sueurs la nuit, expectoration abondante, séro-spu-meuse.

19 novembre: T. $\frac{37^{\circ}4}{36^{\circ}7}$ P. $\frac{84}{80}$

Urines et sueurs abondantes.

Urines: V. 1,400, D. 1,015.

Crachats muco-purulents.

La ligne de matité remonte à environ 5 travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate.

Le malade se plaint de douleurs vives à la percussion, au niveau de la zone de matité.

A l'auscultation, respiration souflée avec rhonchus et sibilances dans la fosse sus-épineuse droite; ces râles se perçoivent moins bien au niveau de la ligne de matité et à 4 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate on ne les entend plus; à ce niveau abolition du murmure vésiculaire.

En avant, la matité remonte à un travers de doigt au-dessus du mamelon; à ce niveau, voix pschuttée qui n'est pas l'égo-phonic.

L'appétit revient.

20 novembre: T. $\frac{37^{\circ}4}{36^{\circ}6}$ P. $\frac{92}{84}$ R. $\frac{28}{32}$

21 — T. $\frac{36^{\circ}2}{37^{\circ}}$ P. $\frac{84}{100}$ R. $\frac{28}{30}$

La submatité remonte aujourd'hui à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse droite et persiste à 2 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate; à partir de ce point jusqu'à la base, matité complète.

Dans l'aisselle et en avant, la submatité remonte au niveau du mamelon; la matité commence à 2 travers de doigt au-dessous du mamelon.

A la base, l'auscultation ne révèle ni râles ni murmure vésiculaire, ni en avant ni en arrière ; toutefois, en faisant tous-
ser le malade, on perçoit quelques râles crépitants ; au-dessus
de la ligne de matité, on perçoit les râles et le murmure vési-
culaire comme du côté opposé.

Urines : V, 2,100, D. 1.009.

Voix jetonnée à 4 travers de doigt au-dessus de la base ; à
mesure qu'on descend vers la base, les vibrations diminuent,
sans être abolies à la partie inférieure.

En avant, on ne perçoit plus de pectoriloque aphone.

Expectoration séro-spumeuse.

Langue nette ; sueurs abondantes.

22 novembre : T. $\frac{37^{\circ}}{37^{\circ}1}$ P. $\frac{88}{104}$ R. $\frac{28}{30}$

23 — T. $\frac{37^{\circ}1}{37}$ P. $\frac{88}{92}$ R. $\frac{30}{32}$

25 novembre. — Etat général meilleur.

T. $\frac{37^{\circ}}{37^{\circ}3}$

Urines : V. 750, D. 1016.

Dyspnée persistante.

La ligne de matité compacte partant de la colonne verté-
brale passe au niveau de l'angle de l'omoplate et se termine à
1 travers de doigt au-dessous du mamelon.

Submatité à 4 travers de doigt au-dessus de cette ligne.

Murmure vésiculaire aboli à 3 travers de doigt au-dessus
de cette ligne ; pas d'égophonie, mais abolition des vibrations
thoraciques.

5 décembre 1889. — Le malade se trouve mieux, se lève, a
de l'appétit, mais la gêne respiratoire persiste.

Expectoration muqueuse et visqueuse.

A la percussion, sonorité exagérée dans la fosse sus-épineuse droite.

Douleur à la percussion au niveau de la ligne de matité.

La ligne de submatité est supérieure à la ligne de matité de 3 travers de doigt en arrière, de 1 travers en avant.

A l'auscultation dans la fosse sus-épineuse, inspiration rude, expiration fortement prolongée. Le murmure vésiculaire s'entend jusqu'au niveau de la ligne de matité, à partir de ce point il diminue, au-dessous de la ligne de matité il est aboli.

Souffle doux et voix nasonnée au niveau de l'angle de l'omoplate.

11 décembre 1889. — A 3 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, expiration soufflée, voix jetonnée et pectoriloquie aphone.

Vibrations thoraciques égales des deux côtés dans les fosses sous-épineuses, diminuant à droite à mesure qu'on s'approche de la base.

14 décembre. — Murmure vésiculaire normal aux deux sommets; à partir du 2^e espace intercostal, respiration humée à gauche; à droite, inspiration rude, expiration soufflée avec frottements.

22 février 1890 : T. $\frac{36.8}{36.6}$ P. $\frac{78}{80}$

A la percussion, matité à la base droite, à 2 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, et diminution du murmure vésiculaire. — Pas d'égophonie.

Dyspnée.

En avant, submatité à droite au 3^e espace; au-dessous, ma-

tité. — Abolition du murmure vésiculaire à partir du 3^e espace.

23 février :	T.	$\frac{36.8}{36.8}$	P.	$\frac{80}{78}$
24 —	T.	$\frac{36.4}{37}$	P.	$\frac{84}{80}$
25 —	T.	$\frac{36.6}{36.8}$	P.	$\frac{72}{78}$
26 —	T.	$\frac{36.6}{36.6}$	P.	$\frac{78}{72}$
27 —	T.	$\frac{36.4}{36.5}$	P.	$\frac{72}{78}$
28 —	T.	$\frac{36.6}{36.7}$		

Pas de skodisme, mais signes d'emphysème des 2 côtés. — A droite, diminution des vibrations thoraciques.

Du 23 février au mois de mars, la température oscille de 36°5 à 37° sans dépasser cette limite.

Traitement : sirop d'éther, 30 grammes.

7 mars 1890. — Le malade, étant sorti, a eu un frisson et on constate le lendemain que le murmure vésiculaire est aboli dans les 3 derniers espaces à droite.

Matité compacte dans ces 3 espaces, moins accentué à partir de l'angle de l'omoplate.

Apyrexie.

Traitement : Potion avec liqueur ammoniacale anisée.

Lait : 1 litre.

Le malade, ayant à ce moment quitté définitivement l'infirmerie, nous l'avons perdu de vue.

Réflexions

Dans cette observation, l'affection a eu un début chronique d'emblée ; on n'a noté, comme signes fonctionnels, qu'un peu de dyspnée, de l'anorexie.

Remarquons encore ce fait, c'est que, chez ce vieillard, on a pu noter des intermittences cardiaques (faux pas du cœur causés sans doute par l'épanchement). Ce fait est à rapprocher de celui qui est rapporté dans l'*Obs. I*, où l'affection a débuté par des troubles cardiaques.

Pleurésie latente

Cette forme de pleurésie est ainsi nommée, en raison du peu de retentissement qu'elle exerce sur l'état général, de l'absence de symptômes subjectifs qu'elle présente, chez le vieillard surtout où la maladie est masquée par l'âge de l'individu.

Insidieuse dans ses débuts, souvent brusque et fatale dans sa terminaison, la pleurésie latente ne se révèle souvent qu'à l'autopsie. L'appareil symptomatique fait complètement défaut.

La douleur est sourde ou nulle, la fièvre manque, la dyspnée est peu prononcée, quelquefois les malades peuvent continuer leurs occupations.

Cependant, à la longue, on observe de l'amaigrissement, de l'affaissement des forces ; cet épanchement silencieux n'offre comme mode de terminaison que la résorption lente ou la transformation purulente. Cette dernière terminaison est rare.

On observe encore, et malheureusement le fait est fréquent, la mort subite par syncope cardiaque.

Sur 3 pleurésies latentes, nous avons compté deux morts subites et une seule guérison par ponction.

OBSERVATION XIII

Pleurésie latente gauche. Abondance énorme du liquide.

Mort subite (1).

Prince de L... M..., 78 ans.

1. BOISSFUIL. — Thèse de Paris, 1876.

..... Lorsqu'il me fit appeler, dit son médecin, il était levé, vint au-devant de moi et me dit qu'il ne se sentait pas malade, mais qu'il éprouvait de la gêne à monter les escaliers, que cet état provenait probablement d'une suppression de transpiration, six semaines auparavant.

Du reste, il remplissait encore tous les devoirs de la société ; à ce moment il était atteint d'une hydro-phlegmasie (*sic*) du thorax, à gauche, caractérisée par le soulèvement des côtes, une matité absolue et l'absence de bruit respiratoire dans toute la hauteur de la poitrine.

Après avoir inutilement employé les drastiques, les diurétiques, les vésicants, et voyant l'oppression augmenter, j'eus restai convaincu que la ponction seule pouvait le sauver ; le malade ayant demandé quelques jours de réflexion, je le quittai, et, le lendemain soir, il expirait dans une crise de suffocation.

A l'autopsie, épanchement énorme séreux dans la plèvre gauche, sans fausse membrane.

Apoplexie générale du poumon droit.

Le médiastin était très refoulé vers la droite, la capacité du côté sain rétrécie de moitié.

Dans cette observation l'oppression seule a pu être constatée comme signe fonctionnel certain ; quant à la cause de la mort subite, on peut se demander si elle a été due à un caillot formé dans les branches de l'artère pulmonaire ou à l'apoplexie générale du poumon sain, déjà suffisante pour expliquer la mort du malade.

OBSERVATION XIV

Pleurésie latente gauche

Mort subite (1).

Le 15 mars 1873 entré à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, salle 17, service de M. le Professeur Lannelongue, le nommé M... Louis, âgé de 65 ans.

Constitution bonne.

Pas d'antécédents morbides. A eu une fièvre typhoïde, il y a 25 ans environ.

1. BOISSEUIL. — Thèse de Paris, 1876.

Depuis quelque temps, sensation de pesanteur dans la région hypogastrique, urines chargées (dépôt blanchâtre) et gêne dans la miction.

M. L... entre à l'hôpital pour un abcès de la marge de l'anus, développé il y a 4 ou 5 jours.

En l'examinant, on constate en effet l'existence d'un abcès du volume d'un œuf qui occupe le périnée en avant et un peu en dehors de l'anus.

Le toucher rectal fait reconnaître une hypertrophie notable de la prostate qui explique les accidents dont souffre le malade du côté de la vessie.

On prescrit des injections d'eau de goudron et on applique des cataplasmes sur l'abcès.

Le 18, la fluctuation étant manifeste, on incise l'abcès; il en sort un pus phlegmoneux, fétide.

Le 28, l'abcès étant cicatrisé et les phénomènes vésicaux atténués, M... se dispose à quitter l'hôpital, lorsque, le matin même de la visite, il tombe comme foudroyé. Il était mort subitement.

Autopsie

Le cerveau ne présente rien de particulier.

Pas d'inflammation des méninges ni de l'encéphale. Impossible de trouver un vestige de foyer sanguin.

Aucune altération pathologique de la moelle ni de ses enveloppes.

L'ouverture du thorax donne issue à environ 3 litres de liquide séreux, transparent, citrin, qui occupe la plèvre gauche. Cette membrane est épaissie par places et recouverte de fausses membranes, épaisses au niveau de la plèvre pulmonaire.

Le poumon, de la grosseur d'une tête de fœtus environ, est fortement refoulé dans la gouttière costo-vertébrale et fixé à ce niveau par une fausse membrane épaisse qui, du parenchyme, se réfléchit sur le médiastin d'une part, et sur la partie latérale du thorax d'autre part, il est ratatiné, mais sans lésion appréciable.

Le cœur n'occupe plus sa situation normale, il est notablement refoulé vers le côté droit, de sorte que sa pointe, au lieu d'être en rapport avec le dessous du mamelon, correspond au bord latéral gauche du sternum, non loin de l'appendice xyphoïde.

Adhérences celluleuses fixant le péricarde à la paroi. Péricarde sain, valvules normales. Les cavités cardiaques contiennent quelques caillots mous, noirâtres.

Le calibre de l'artère pulmonaire et de ses divisions est libre.

Reins normaux.

Rate normale.

Les autres organes n'ont rien de particulier.

Dans l'*Obs. XIV*, on note l'absence de tout signe fonctionnel, ni dyspnée, ni point de côté, ni toux, ni troubles cardiaques.

Quant à la mort subite, l'autopsie n'ayant révélé aucune lésion qui puisse l'expliquer, elle doit être attribuée à une syncope, soit par compression du cœur, soit par torsion des gros vaisseaux.

Pleurésie secondaire

La pleurésie secondaire, dans les observations que nous avons recueillies, reconnaît, pour cause pathogénique la plus fréquente, la péricardite et les affections cardiaques (insuffisance et rétrécissement, d'us dans la très grande majorité des cas à l'athérome aortique, à la calcification des valvules).

Viennent ensuite la tuberculose miliaire, le cancer pleuro-pulmonaire, la maladie de Bright, avec prédominance de la forme artério-scléreuse.

La pleurésie d'origine cardiaque est celle qui amène la terminaison la plus rapide et les malades survivent rarement au-delà de 8 à 15 jours. Quelquefois cependant, ils résistent pendant plusieurs mois dans des cas exceptionnels. Les pleurésies consécutives aux formes latentes de la tuberculose sont les formes les moins graves, étant donnée la lenteur du processus tuberculeux chez le vieillard. Leur durée peut être de 4 à 6 mois. Les complications les plus fréquentes sont les complications cardiaques, notamment l'asystolie due au refoulement du cœur par l'épanchement. Nous l'avons notée, à un très haut degré, dans l'*Observation I*. La péricardite est notée dans les observations que nous avons recueillies fréquemment ainsi que la dégénérescence granulo-graisseuse.

Nous avons observé, à l'hospice Saint-Julien, le passage d'une pleurésie à l'état chronique, avec des signes formels de tuberculose.

OBSERVATION VIII

(Personnelle)

Pleurésie chronique avec symptômes d'induration bacillaire

Jeanne Mathieu, 74 ans, brodeuse, entre à la clinique de l'hospice Saint-Julien, dirigée par M. le professeur Demange, le 5 février 1889. Antécédents héréditaires.

Père mort à 72 ans, mère morte à 74 ans, sœur morte d'un cancer stomacal.

Cette malade a donné des soins pendant environ 6 mois à une personne atteinte de tuberculose, elle couchait dans la même chambre, et elle a toujours mené, dit-elle, une vie très sédentaire.

A eu la fièvre typhoïde à 25 ans.

Vers l'âge de 30 ans, a souffert d'une sciatique.

Au mois de juin, a commencé à tousser.

L'affection aurait débuté par de la toux avec expectoration.

Depuis 3 mois, la toux et l'expectoration plus fréquentes.

La malade est notablement amaigrie, pas de point de côté ni d'hémoptysies.

Depuis 2 mois, dit avoir perdu l'appétit et être atteinte de diarrhée, 2 à 3 selles par jour.

Rien du côté du cœur.

Etat actuel : 5 février 1889. Constitution débilitée. Amaigrissement, cyphose dorsale. Face jaune, pâle.

A l'examen du thorax, on constate un peu de voussure du sternum, de l'affaissement sous la clavicule droite.

A la percussion, à droite, son tympanique aigu sous la clavicule. Au 2^e espace, son plus clair, plus ample ; au 3^e, submatité ; plus bas, matité compacte.

A gauche en avant, sonorité normale dans toute la hauteur.

En arrière, à droite, son clair dans la fosse sus-épineuse ;

dans la fosse sous-épineuse, submatité; à un centimètre au-dessous commence la matité compacte qui se prolonge jusqu'à la base, sauf le long de la colonne vertébrale où il existe une zone de sonorité.

En arrière, à gauche, son normal dans toute la hauteur.

A l'auscultation, en avant et à droite, souffle nasonné dans les premiers espaces sous la clavicule; à partir du 3^e espace, abolition du murmure vésiculaire. En arrière, souffle nasonné dans les fosses sus et sous-épineuses, abolition du murmure vésiculaire à partir de l'épine de l'omoplate.

A gauche, en avant, inspiration rude, expiration un peu prolongée. — Pas de râles.

En arrière, respiration normale dans toute la hauteur.

Bruits du cœur fréquents, réguliers, sans souffle. P. 100.

Appareil digestif. — Langue blanche, appétit nul, soif vive. On note un peu de dysphagie, diarrhée, selles fréquentes.

7 février 1889.— A droite, la matité est absolue dans toute la hauteur en avant jusque sous la clavicule; en arrière, elle remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate.

A gauche, sonorité normale.

A droite, persistance du souffle nasonné et abolition du murmure vésiculaire.

En arrière, mêmes signes.

Bruits du cœur fréquents. P. 115.

La dyspnée a peu augmenté.

T. $\frac{38^{\circ}7}{37^{\circ}4}$

8 février: T. $\frac{38^{\circ}}{37^{\circ}5}$

Hier matin, application à la base droite d'un vésicatoire qui a soulagé la malade. La dyspnée a diminué, le pouls est moins fréquent.

La dysphagie est moins marquée. — L'appétit revient.

Les signes physiques persistent, matité dans toute la hauteur à droite, en avant et en arrière; souffle nasonné; abolition du murmure respiratoire; bronchophonie.

Vers la fin du mois de mai 1889, époque à laquelle M. P. Parisot, professeur agrégé, reprend la clinique, on constate que l'épanchement pleural remonte environ jusqu'à l'angle de l'omoplate, la malade est pâle, amaigrie et ne peut quitter son lit.

En juin, l'épanchement diminue légèrement, descend à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. En octobre 1889, à l'occasion d'un *effort*, la malade ressent une vive douleur et éprouve une dyspnée intense à droite, à ce moment on constate que l'épanchement remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Au bout de 8 jours, les symptômes revenaient à ce qu'ils étaient précédemment. Durant les mois suivants, l'état de la malade reste stationnaire; elle sort à peine de son lit.

21 février 1890: T. 38°7, P. 92, T. 36.

Figure jaune, pâle.

Orthopnée.

En avant, à gauche, sonorité normale; à droite, son moins ample; submatité au 4^e, s'accroissant au 5^e et devenant matité compacte au 6^e espace.

Pas de skodisme.

En avant, à droite, inspiration rude, expiration prolongée.

Pas de râles, mais transmission des bruits du cœur.

En arrière, matité à droite dans les deux derniers espaces; la submatité commence à un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. Dans les fosses sus et sous-épineuses, le son est plus bref et moins ample à droite qu'à gauche.

A gauche, inspiration rude, expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse, s'entendant dans tout le poumon jusqu'à la base. A droite, lorsqu'on s'approche de la région axillaire, la matité commence à un travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate. Dans la fosse sous-épineuse, inspiration rude, expiration prolongée et diminution du murmure vésiculaire.

Dans la région interscapulaire droite, on entend le murmure vésiculaire jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate.

En s'éloignant de la colonne vertébrale, on ne perçoit plus le murmure vésiculaire à l'angle de l'omoplate; il est diminué sur une hauteur de trois travers de doigt au-dessus de l'angle.

Pas d'égophonie, mais résonnance vocale, avec timbre métallique à l'angle de l'omoplate.

Les vibrations thoraciques sont abolies à droite, à partir de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse.

L'état général est meilleur, il n'y a plus de sueurs ni de diarrhée, pas de point de côté.

Constipation. — Anorexie.

Dyspnée marquée depuis 8 jours.

Bruits du cœur normaux à la pointe et à la base.

Pas de dysphagie.

Traitement	{	Liqueur de Hoffmann.	2 gr.
		Eau de Mélisse.	20 »
		Eau de Tilleul.	60 »
		Sirop de Diacode.	40 »

22	février :	T.	$\frac{36.4}{37.4}$	P.	$\frac{60}{80}$	R.	$\frac{32}{32}$
23	—	T.	$\frac{36.6}{37.0}$	P.	$\frac{76}{72}$		
24	—	T.	$\frac{36.8}{36.9}$	P.	$\frac{72}{68}$		

Le 25, au matin, ascension de température atteignant 38°6, mais sans frisson.

$$\text{T. } \frac{38.6}{39.2} \quad \text{P. } \frac{80}{88} \quad \text{R. } \frac{34}{36}$$

Le 26 février, mêmes signes à l'auscultation.

$$\text{T. } \frac{39^{\circ}}{39.3} \quad \text{P. } \frac{88}{92} \quad \text{R. } \frac{40}{40}$$

$$27 \text{ février : } \text{T. } \frac{37^{\circ}}{37.4} \quad \text{P. } \frac{80}{80} \quad \text{R. } \frac{32}{32}$$

$$28 \quad \text{—} \quad \text{T. } \frac{37.9}{36.9} \quad \text{P. } \frac{76}{80} \quad \text{R. } \frac{32}{30}$$

Dyspnée moins marquée.

Potion avec 30 grammes de sirop Diacode.

$$1^{\text{er}} \text{ mars : } \text{T. } \frac{37.2}{37^{\circ}}$$

$$2 \quad \text{—} \quad \text{T. } \frac{36.8}{37^{\circ}}$$

Même état les jours suivants. La température vespérale jusqu'au 7 mars ne dépasse pas 37°3.

$$7 \text{ mars : } \text{T. } \frac{36.8}{37.6}$$

$$8 \quad \text{—} \quad \text{T. } \frac{37.6}{37.4}$$

$$9 \quad \text{—} \quad \text{T. } \frac{36.8}{37.8}$$

Le 11 mars, ascension brusque de la température jusqu'à 38° 2.

Les 12, 13, 14, 15, 16 et 17 mars, les oscillations vespérales de la température ne dépassent pas 37° 3, la température du matin restant moins élevée que celle du soir.

19 mars 1890. — La submatité commence à 3 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, la matité à 4 travers de doigt au-dessous, à ce point existe une douleur provoquée par la percussion.

Depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base, diminution du murmure vésiculaire avec frottements; égophonie à la base.

2 juin. — Diarrhée depuis 3 semaines, surtout après les repas. On entend le murmure vésiculaire à 3 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate; l'épanchement semble avoir diminué.

Quinquina : 60 grammes. — Extrait thébaïque : 5 centigrammes.

24 octobre 1890. — Etat actuel : état général satisfaisant.

Pas de toux ni d'oppression.

Peu d'expectoration.

L'appétit est normal, la langue nette.

Pas de selles diarrhéiques ni de vomissements.

Pouls régulier, égal.

Bruits du cœur normaux, sans souffle.

T. 37.3, P. 80, R. 28

A la percussion, sonorité des deux côtés en arrière, un peu de tympanisme à droite, dans les fosses sus-épineuses.

Dans la fosse sous-épineuse et la région scapulaire droite, diminution de sonorité au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Submatité à 2 travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate à droite; à 1 travers de doigt au-dessous de l'angle, matité compacte jusqu'à la base. Au-dessous, sonorité normale. A gauche, dans toute la hauteur, sonorité normale.

A droite, dans les efforts de toux, on entend des craquements dans la fosse sus-épineuse.

Il y a de la bronchophonie et du retentissement vocal.

Murmure vésiculaire affaibli dans la fosse sous-épineuse

droite, jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate ; à partir de ce point, abolition jusqu'à la base.

On perçoit l'égophonie à 3 travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate et jusqu'à la base. Vibrations thoraciques affaiblies à droite.

A la base droite, on ne perçoit plus les vibrations déjà très affaiblies à l'angle de l'omoplate.

En avant, le creux sous-claviculaire est très marqué à droite, la cage thoracique est inclinée vers le côté droit.

A gauche en avant, sonorité normale.

Respiration normale, sans râles.

A droite en avant, diminution du murmure vésiculaire, abolition à partir du 4^e espace.

Un peu de retentissement des bruits du cœur.

Réflexions

Cette observation présente des particularités intéressantes :

En juin 1889, l'épanchement avait diminué, descendait au-dessous de l'angle de l'omoplate.

En octobre de la même année, à l'occasion d'un effort, on constata une vive douleur au côté droit, de la dyspnée, puis l'épanchement remonta très subitement, nous dit l'observation, jusqu'à l'épine de l'omoplate. Au bout de 8 jours, les symptômes revenaient à ce qu'ils étaient précédemment ; en présence de ces faits il nous semble logique d'émettre l'hypothèse qu'il s'était formé à la base droite un kyste pleural produisant une matité limitée et que ce kyste, à l'occasion d'un effort brusque, s'était rompu et avait fusé entre la paroi costale et la plèvre, d'où ascension de la ligne de matité jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Ainsi pourraient, car ce n'est là qu'une hypothèse, s'expliquer ces variations brusques dans le niveau de la matité.

Signalons aussi la longue durée de l'épanchement pleural qui persiste encore actuellement et qui a débuté il y a près de deux ans, pleurésie chronique.

C'est à dessein que nous n'avons pas mentionné la pneumonie dans l'énumération des causes pathogéniques qui peuvent donner naissance à la pleurésie secondaire ; nous n'avons eu l'intention de citer que les causes essentielles de la pleurésie secondaire.

En effet, chez le vieillard, il y a deux sortes de pneumonie : la pneumonie franche, primitive, et la pneumonie secondaire et hypostatique, mais celle-ci est elle-même l'expression d'un trouble circulatoire (décubitus, affection cardiaque), et ne doit pas rentrer dans notre cadre.

Quant à la pneumonie franche, primitive, elle engendre plus souvent la pleurite que la pleurésie proprement dite.

Il est fréquent de voir la pneumonie se compliquer d'adhérences et de fausses membranes généralisées quelquefois au péricarde.

OBSERVATION XXXII

Pneumonie aiguë. — Épanchement pleurétique chronique (1)

Morthoffer, 64 ans, cordonnier, malade depuis 8 jours. Début de l'affection par un point de côté à gauche, avec fièvre, toux fréquente, expectoration colorée.

Vieillard autrefois robuste, amaigri. — 27 février : P. 128, T. 38.

Insomnie.

A la percussion, en arrière, matité dans tout le côté gauche ; à l'auscultation rien en avant, en arrière frottement pleural, à l'angle de l'omoplate.

Pas d'égophonie, toux fréquente, crachats rouillés.

1^{er} mars. — Matité remontant en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, à l'auscultation souffle bronchique considérable occupant les 2/3 supérieurs du côté gauche, pouls petit 120, T. 38°.

Constipation.

1. Bisoz. — Thèse de Strasbourg, II S. n° 944. 1866, p. 71.

Prescription : kermès. ventouses scarifiées.

2 mars. — En avant, sonorité exagérée, respiration puérile, en arrière matité compacte dans tout le côté gauche, souffle tubaire. P. 112, T. 38° 2.

Suppression du kermès, potion à l'oxyde blanc d'antimoine.

5 mars. — Insomnie, toux fréquente. T. 38°. Langue chargée. — Même traitement. — Expectoration glutineuse.

10 mars. — Diarrhée, matité, souffle et égophonie en arrière. P. 124, T. 37° 6.

13 mars. — L'épanchement augmente, expectoration difficile ; selles liquides. P. 124, T. 38°.

6 pilules d'extrait de scille et poudre de scille à 3 centigrammes, chiendent nitré.

15 mars. — Le souffle a diminué. Egophonie, selles liquides. P. 128, T. 40° 2. — Suppression de la scille, vésicatoire à gauche. — Anorexie.

20 mars. — État général meilleur, la douleur de côté a diminué. — Prescription :

Calomel : 0.05	} toutes les deux heures.
Sucre : 0.10	

Expectoration spumeuse.

Le 21. — Toux fréquente, insomnie, langue fuligineuse, matité persistante, absence du bruit respiratoire en arrière, frottements, craquements, pendant la toux.

1^{er} avril. — Expectoration purulente, fétide, pas de changement dans les signes physiques.

Mort le 18 a vril.

Autopsie.

Aplatissement du côté malade en avant, épanchement purulent (jaune-verdâtre, 1 litre) dans le côté gauche, séreux dans le côté droit.

Poumon droit sain, poumon gauche recouvert par une plèvre pseudo-membraneuse, le cœur et le poumon adhérent entre eux. Cavité hyssique supérieure du poumon gauche, parcourue par des brides et des adhérences.

A noter aussi la présence d'une cavité inférieure subdivisée en trois cavités secondaires par ces brides pseudo-membraneuses.

Adhérence des feuillets de la plèvre avec le médiastin, le péricarde, à la colonne vertébrale ; pseudo-membraneuses.

Ouverture de la cavité kystique du poumon (au niveau de la 3^e côte).

Plèvre épaissie. Réservoir purulent sous le petit pectoral et le sous-scapulaire. Poumon carnifié, ne crépitant pas sous la main.

Péricarde adhérent et recouvert par la plèvre épaissie, cavité péricardique remplie de sérosité jaunâtre.

Feuillets du péricarde recouverts de villosités avec adhérences.

Hypertrophie du ventricule gauche, dégénérescence graisseuse.

Rate normale. Foie induré.

Reins hypertrophiés.

Au sujet de la pleuro-pneumonie sénile, Durand-Fardel s'exprime ainsi : « La pleurésie joue un bien moindre rôle dans la pneumonie des vieillards que dans celle des adultes (1). » Nous en reparlerons dans notre statistique.

Jaurand (2) constate aussi la rareté de la pleuro-pneumonie.

« La pleuro-pneumonie est rare et les relations de cause à effet, si elles existent entre les deux affections, nous paraissent fort obscures. »

Nous avons dit que la pleurésie qui accompagne, qu'elle soit cause ou effet, la tuberculose, a un pronostic moins grave que les autres formes de pleurésie secondaire, il n'en est pas toujours ainsi et la question de terrain doit jouer un grand rôle ; si la proposition que nous avons émise est donc vraie en thèse générale, elle présente des exceptions.

Un épanchement survenant dans le cours d'une tuberculose en voie d'évolution, et chez un vieillard affaibli, alcoolique, athéromateux, ne présente, on le conçoit, que des chances minimales de guérison.

L'alcoolisme qui, dans les maladies de l'adulte, fait de tous les organes des « loci minoris resistentiæ » sera pour le vieillard, dont les reins et les poumons fonctionnent mal, l'occasion d'une fin plus rapide.

L'observation suivante justifiera notre manière de voir ; il

1. DURAND-FARDEL. *Loc. cit.*

2. JAURAND. *Loc. cit.*

s'agit d'une tuberculose franche, compliquée d'épanchement chez un malade artério-scléreux, avec diarrhée, fièvre hectique, en un mot tout le tableau clinique de la tuberculose chez l'adulte.

OBSERVATION IX

(Personnelle)

Pleurésie tuberculeuse

Déserdel Chrétien, 68 ans, employé à l'usine à gaz, entre à l'hospice Saint-Julien dans le service de M. P. Parisot, agrégé, le 15 octobre 1889.

Ce malade a été tailleur pendant 11 ans, puis chauffeur à la compagnie de l'Est.

En 1852, il a souffert d'une entérite pour laquelle il s'est alité.

Il accuse des habitudes alcooliques anciennes, pas d'antécédents rhumatismaux ni tuberculeux.

Il monte à l'infirmerie pour une diarrhée qui persiste encore actuellement.

16 novembre. — État actuel.

A eu deux selles liquides, brun-verdâtres, lientériques.

Traitement: sel de sedlitz, 20 grammes.

18 novembre. — 3 selles diarrhéiques dans la journée du 17, rien dans la nuit.

On constate que la face est congestionnée, la peau sèche, rugueuse.

Langue saburrale. — Soif vive. — Pas de vomissements.

Appétit normal.

Ventre ballonné, sonore à la percussion.

Hernie inguinale droite, peu volumineuse.

Pas de clapotement stomacal.

On constate, à droite, de la matité à 1 travers de doigt au-dessus du mamelon. Cette matité se continue aux 3^e, 4^e espaces et rejoint la matité hépatique.

Pas de sueurs.

Urines peu abondantes.

Pas d'œdème.

Thorax globuleux, se soulevant en masse.

Respiration normale aux deux sommets.

A droite en avant, on n'entend plus le murmure vésiculaire au-dessous de la ligne de matité.

En arrière, matité à partir de 1 travers de doigt 1½ au-dessus de l'angle de l'omoplate, à ce niveau le murmure vésiculaire n'existe plus, les vibrations thoraciques sont fortement diminuées ; pas d'égophonie.

En variant la position du malade, la ligne de matité change.

Pas de point de côté. Sommeil normal.

Pouls régulier, égal, dur.

Artères radiales athéromateuses.

Bruits du cœur normaux.

19 novembre : T. $\frac{38^{\circ}4}{38^{\circ}8}$

La matité remonte en arrière, à 5 travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate. A ce point, douleur provoquée par la percussion.

Abolition du murmure vésiculaire à partir de l'angle de l'omoplate ; égophonie nette au même point. Sur la ligne de l'angle des côtes, à ce niveau, voix jetonnée.

Vibrations thoraciques presque abolies.

En avant, la ligne de matité remonte à 4 travers de doigt au-dessus du mamelon droit ; pas d'égophonie, ni de souffle.

Au niveau du mamelon, on n'entend plus le murmure vésiculaire ; à ce niveau on perçoit encore les bruits du cœur.

Traitement : Infusion de bourrache, extrait thébaïque : 5 centigrammes.

$$20 \text{ novembre : } T. \frac{37.4}{36.7} \quad P. \frac{92}{108}$$

$$21 \quad \text{—} \quad T. \frac{37.5}{38.2} \quad P. \frac{80}{100}$$

Urines : D. 1012, V. 1200

L'épanchement semble augmenter.

Matité à partir de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse droite jusqu'à la base ; diminution du murmure vésiculaire qui disparaît à 2 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate.

Abolition des vibrations thoraciques à l'angle de l'omoplate.

L'appétit persiste. — Langue normale.

$$23 \text{ novembre : } T. \frac{37.5}{37.7} \quad P. \frac{80}{88} \quad R. \frac{40}{48}$$

Urines : V. 500. D. 1012

La matité remonte actuellement à 2 travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate, avec abolition complète du murmure vésiculaire.

En avant, le malade étant assis, la matité remonte à 2 travers de doigt au-dessus du mamelon.

Pouls ample, régulier.

Pas de dysphagie.

$$25 \text{ novembre : } T. \frac{37.6}{37.8} \quad P. \frac{80}{78} \quad R. \frac{28}{32}$$

Submatité à 2 travers de doigt et matité à 4 travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate, c'est-à-dire à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse.

26 novembre :	T.	$\frac{36.8}{37.6}$	P.	$\frac{84}{80}$	
28 —	T.	$\frac{37.5}{37.4}$			
29 —	T.	$\frac{37.4}{37.5}$			
30 —	T.	$\frac{37.5}{37.4}$			
1 ^{er} déc. 1889 :	T.	$\frac{37.4}{37.6}$			
2 —	T.	$\frac{37.2}{37.5}$	P.	$\frac{80}{82}$	R. $\frac{28}{44}$
3 —	T.	$\frac{37.6}{37.8}$	P.	$\frac{88}{72}$	R. $\frac{36}{32}$

Vibrations thoraciques abolies à la base. — Anorexie.

Persistance de la matité et de l'absence du murmure respiratoire à droite ; quelques frottements pleuraux en ce point.

4 décembre :	T.	$\frac{37}{38}$			
5 —	T.	$\frac{37.2}{38}$			
6 —	T.	$\frac{37}{38.2}$			
7 —	T.	$\frac{37.6}{38.6}$			
8 —	T.	$\frac{38}{38.1}$			
9 —	T.	$\frac{37.8}{37}$			

10 décembre : T. $\frac{36.7}{38}$

11 — T. $\frac{37^{\circ}}{38^{\circ}}$

12 — T. $\frac{37^{\circ}}{37.6}$

13 — T. $\frac{37.7}{37.8}$

14 décembre 1889. — En avant, submatité à partir du 4^e espace intercostal droit, matité à partir du mamelon.

A partir du 3^e espace à droite, on entend des frottements secs aux deux temps de la respiration, jusqu'à la base.

En arrière, voussure prononcée du côté droit.

A droite, matité compacte à partir de 2 travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate. — Submatité à partir de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse.

A gauche, respiration normale. — Diminution notable du murmure vésiculaire à partir de la ligne de matité ; abolition quand on arrive à 4 travers de doigt au-dessus de la base.

Frottement dans toute la hauteur.

Voix jetonnée au-dessus de la base.

Pas de frissons cette nuit.

21 janvier 1890 : T. $\frac{37.4}{37.5}$

Diarrhée depuis 8 jours, faiblesse.

Dyspnée moins intense.

10 février 1890. — Bruit de frottement pleural à droite.

Pas d'œdème de la paroi thoracique.

11 février 1890. — Subdélire.

A gauche, inspiration rude, expiration prolongée, dans les 2 premiers espaces.

$$\text{T. } \frac{36.7}{36.6} \quad \text{P. } \frac{64}{80}$$

A droite, respiration normale.

En arrière, diminution à la base droite du murmure vésiculaire.

Pas de râles ni d'égophonie.

$$12 \text{ février : } \text{T. } \frac{37.0}{36.6} \quad \text{P. } \frac{78}{72}$$

A droite, un peu d'expiration prolongée, quelques sibilances ; à gauche, tout est normal.

Cependant il y a un peu de diminution de la sonorité dans les fosses sus-épineuse et sous-épineuse gauches.

A droite, en arrière, la matité commence à 2 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate et s'étend jusqu'à la base.

Dans les inspirations fortes on entend le murmure vésiculaire, dans les inspirations ordinaires on l'entend à peine et dans les deux derniers espaces il a disparu.

Dans la fosse sus-épineuse droite, inspiration rude, expiration prolongée, sibilances et ronflements dans les efforts de toux ; retentissement vocal au même moment. — Quelques rares rhonchus à gauche.

Anorexie. — Frissons.

Selles diarrhéiques. Pas de vomissements, ni de douleurs à la pression du ventre.

Bruits du cœur normaux.

Pilules d'extrait thébaïque à 0,02 centigr. Vin de Bordeaux. Potion de Tood.

$$13 \text{ février : } \text{T. } \frac{36.7}{37.0} \quad \text{P. } \frac{76}{80} \quad \text{R. } \frac{24}{32}$$

$$14 \text{ — } \text{T. } \frac{36.2}{37.2} \quad \text{P. } \frac{72}{84} \quad \text{R. } \frac{34}{36}$$

$$15 \text{ — } \text{T. } \frac{36.5}{36.8} \quad \text{P. } \frac{64}{68} \quad \text{R. } \frac{24}{28}$$

Subdélire la nuit et le jour.

La nuit, selles involontaires.

Le malade succombe.

Autopsie

Poumons et plèvre. — Les derniers cartilages costaux sont jaunes ; le cartilage de la 4^e côte présente des dépôts osseux. — Les articulations chondro-sternales sont encore mobiles. La région dorso-lombaire présente une concavité tournée à droite. Adhérences courtes et serrées à gauche, sans épanchement. — A droite, la plèvre pariétale épaissie mesure en avant 2 millimètres 1/2, à la partie postérieure environ 6 millimètres. La surface blanc-nacré présente de fausses membranes.

On constate un épanchement de 800 grammes de sérosité citrine, avec fausses membranes traversant ce liquide.

Adhérences nombreuses à la partie antérieure et au sommet du poumon gauche.

Le lobe supérieur présente, sur une étendue de 5 centimètres, des granulations jaunes très nombreuses, confluentes, en outre, des granulations grises avec des points de broncho-pneumonie. Le sommet est farci de tubercules. — Le reste du poumon est emphysémateux, sans trace de tubercules. — Le lobe inférieur est congestionné à sa partie postérieure.

La plèvre est épaissie non-seulement au sommet, mais au niveau du lobe inférieur, sans qu'il y ait en ce point de tubercules.

Poumon droit. — La plèvre du poumon est, jusqu'à la base, épaissie par des néo-membranes.

A la coupe, la plèvre viscérale mesure 1 millimètre d'épaisseur à sa partie moyenne.

Au sommet droit, tubercules corticaux crus; d'autres sont ramollis. — Lobe supérieur un peu emphysémateux. Les lobes moyen et inférieur sont carnifiés, sans cependant plonger dans l'eau. La partie moyenne, située sous la plèvre épaissie, est farcie de tubercules. Epaississement de la plèvre au niveau de la partie inférieure du lobe supérieur, à ce niveau on découvre un lobule caséeux gros comme un œuf de pigeon. — A la partie postérieure du lobe inférieur, quelques points de pneumonie caséeuse.

Au niveau du centre phrénique du diaphragme (plèvre diaphragmatique) il y a un semis tuberculeux.

Intestin. Il présente une teinte ardoisée, et, au voisinage du duodénum, des ulcérations qui mesurent 1 centimètre dans le sens perpendiculaire à l'axe de l'intestin et 5 millimètres de hauteur.

Leur fond est tapissé de tubercules dans le premier mètre de l'intestin, elles se succèdent plus loin au nombre de 7, plus étendues et plus profondes.

L'une d'entre elles, près de la valvule iléo-cœcale, mesure, dans le sens perpendiculaire à l'axe de l'intestin, 5 centimètres. Sur la surface péritonéale il y a des ganglions engorgés et un semis tuberculeux.

Cœur. — Le cœur est peu volumineux, il mesure en longueur 9 centimètres.

Suffusions sanguines sous-péricardiques.

Aorte: plaques athéromateuses.

La valvule mitrale ne présente pas de rugosités, mais les tendons au niveau de leurs points d'insertion présentent des taches jaunâtres.

La valvule sigmoïde présente de l'athérome à ses insertions, la portion ascendante de l'aorte porte quelques taches d'athérome mou, jusqu'au niveau des carotides et du tronc brachio-céphalique.

A la partie inférieure de l'aorte ascendante on voit une plaque longitudinale crétacée de 1 centimètre de long sur quelques millimètres de large.

L'aorte descendante présente des plaques d'athérome mou à l'insertion des intercostales. — Athérome calcaire au niveau de la bifurcation du tronc brachio-céphalique. Valvules sygmoïdes épaissies.

Reins. — Décortication facile. — Substance corticale pâle, diminuée de volume. — Pas de kyste ni de néphrite interstitielle.

Foie. — Foie mou, cirrhotique, ganuleux. — Vésicule biliaire distendue.

Rate. — Périsplénite. — Semis de tubercules à sa surface, quelques-uns à la face convexe du foie.

Etat normal de la muqueuse de l'estomac et du duodénum.

Cerveau. — Un peu d'œdème sous-arachnoïdien. Décortication facile; pas de tubercules dans les méninges. — Œdème des plexus choroïdes. — Les sylviennes présentent des taches d'athérome. Carotides et radiales athéromateuses.

Si la maladie qui a créé la pleurésie est une néphrite ou un rhumatisme, elle a une durée qui n'excède guère 8 à 15 jours (*Obs. X*). Dans le cas de lésions osseuses concomitantes, la maladie n'atteint pas un terme très éloigné (*Obs. XXIX*).

OBSERVATION X

Néphrite interstitielle, pleurésie péricardite aiguë, absence de la trompe de l'ovaire et du rein gauche (1)

R... Marie, 62 ans, est apportée à l'hôpital Necker dans la soirée du 2 janvier 1875 et est admise dans le service de M. Potain, se plaignant d'une

1. JAURAND. — Thèse de Paris, 1881.

oppression considérable sans douleur localisée, sans point de côté ni frisson violent.

La malade très fatiguée ne donne que des renseignements vagues.

Submatité à la base du poumon droit en arrière ; respiration rude en ce point. Respiration affaiblie dans le reste des poumons.

P. 96, petit, dépressible.

Le 2 janvier on trouve la malade dans un état complet de coma, les membres sont en résolution.

Face et extrémités cyanosées, veines du front gonflées, gêne circulatoire manifeste.

On constate à la base du poumon droit, en arrière, la matité constatée la veille : en ce point, souffle rude peu étendu.

La matité précordiale est augmentée : à l'auscultation on entend, intact au voisinage de l'extrémité inférieure du sternum, un frottement péricardique assez aigu. De plus, il existe un dédoublement du premier bruit du cœur donnant à l'oreille la perception du bruit de galop.

M. Potain rattache ce dernier signe à la néphrite interstitielle-chronique. — Saignée de 200 gr. Potion de Tood.

Le soir, persistance du coma ; la cyanose est moindre, mais le pouls radial est à peine sensible. Les extrémités sont froides. La mort paraît imminente.

Le 4, la malade semble un peu mieux ; respiration un peu plus libre ; on n'entend plus le frottement péricardique. Le souffle du côté droit s'est un peu étendu en avant.

Le catéthérisme permet de recueillir un peu d'urine, contenant une quantité considérable d'albumine.

P. 120. T. 38°.

Le soir, râle trachéal. A ce moment T. rectale 39°1.

Mort à 7 heures.

Autopsie

Pas d'altération notable du poumon gauche. A droite, adhérences anciennes, épanchement séreux d'un demi-litre environ. Le lobe inférieur de ce poumon est hépatisé.

Le péricarde, incisé, ne contient pas une quantité anormale de liquide ; sur la face antérieure du cœur quelques plaques de péricardite récente ; certains points rugueux donnent au doigt la sensation d'une langue de chat (*cor hirsutum*).

Les cavités du cœur sont gorgées de caillots qui témoignent de la longueur de l'agonie. Le cœur droit est dilaté, ses parois sont amincies, le cœur gauche est hypertrophié.

Le fonctionnement des valvules est normal ; on trouve seulement sur le bord des sygmoïdes aortiques et en certains points de la mitrale, de petites végétations rougeâtres et un épaissement qui résulte d'un processus récent.

Foie muscade.

Rate normale.

Le rein droit occupe à la région lombaire ses rapports ordinaires ; il affecte une direction normale ; il est hypertrophié.— La capsule s'enlève facilement, elle laisse à découvert une surface grenue parsemée d'une multitude de petits kystes transparents, remplis d'un liquide hyalin.

A l'extrémité supérieure du rein on voit une tumeur arrondie, saillante, recouverte par la capsule de cet organe et qui à la coupe se distingue nettement du tissu rénal qui l'entoure. Le centre de la tumeur est formé par un tissu homogène, rougeâtre, qui rappelle l'aspect de certains sarcomes ; la périphérie est formée par une couche rougeâtre paraissant avoir subi la dégénérescence caséuse ; enfin toute la tumeur paraît entourée par une enveloppe fibroïde, mince, plus marquée dans la partie saillante, mais qu'il n'est pas possible d'isoler.

La coupe longitudinale du rein montre une sclérose considérable de l'organe. la substance corticale qui constitue tout le rein est résistante et parsemée de traînées blanchâtres. — On ne distingue plus que deux ou trois pyramides volumineuses, congestionnées. Calice et bassinets volumineux. — Urétères un peu dilatés.

On ne peut trouver nulle part de rein gauche. Rien n'indique l'existence de cet organe. L'aorte ne donne au niveau des reins qu'une seule branche à droite. On cherche inutilement l'urètre gauche sur son trajet normal.

La vessie étant enlevée avec précaution, avec les organes du bassin, on l'ouvre ; on trouve alors facilement l'orifice de l'urètre droit, on peut y passer une sonde cannelée, mais on ne peut malgré un examen minutieux découvrir en aucun point l'orifice de l'urètre gauche et on en cherche vainement un rudiment à la face interne de la vessie.

Une disposition analogue est notée sur les organes utérins et leurs annexes. L'utérus est atrophié, son fond est dévié à droite ; la cavité se termine au fond par une extrémité conique qui se continue directement avec la trompe droite. Le ligament large et les organes qu'il contient sont absolument normaux de ce côté, mais tout cela paraît manquer à gauche ; on ne trouve traces ni de l'ovaire ni de la trompe de ce côté.

Au lieu de s'adosser pour former le ligament large, le péritoine tapisse simplement la face gauche de l'utérus, se réfléchit au niveau du col. pour se porter en dehors vers les parois du bassin.

On aperçoit sous la séreuse un vestige de ligament rond atrophié présentant sa direction habituelle, mais c'est tout, les vaisseaux correspondants manquent.

Pour terminer ce qui concerne la pleurésie secondaire, nous ferons remarquer que, dans nos observations et notre statistique, nous n'avons pas noté un seul cas de guérison.

La raison en est que la pleurésie secondaire survient généralement dans un moment de déchéance vitale, et, si elle n'est pas la cause directe de la mort, du moins la hâte-t-elle dans la plupart des cas.

Mentionnons une observation de pleurésie double compliquant une péricardite latente avec pseudo-membranes très développées, véritable symphyse cardiaque oblitérante et dégénérescence granulo-graisseuse du cœur.

OBSERVATION XI

Péricardite latente, épanchement pleural double (1).

Madame Fleury, 75 ans, entrée le 20 novembre 1865 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages, n'est pas sujette aux affections de poitrine et n'a eu ni asthme, ni hémorragie pulmonaire.

Comme maladie diathésique, elle n'a eu qu'un rhumatisme vague qui s'est manifesté, pour la première fois, l'an dernier, sous forme de douleurs articulaires et musculaires généralisées.

Depuis 2 ans environ, elle tousse, a de la gêne respiratoire en montant les escaliers ; œdème des malléoles.

Depuis 2 mois, à peu près, la dyspnée est devenue progressivement plus considérable ; l'embarras des bronches a augmenté ainsi que l'œdème.

De pareils accidents ne pourraient être attribués qu'à la gêne des fonctions cardio-pulmonaires, car l'urine, examinée à plusieurs reprises, n'a jamais décelé trace d'albumine.

L'exploration du cœur, pratiquée plusieurs fois, ne fait constater qu'un affaiblissement des bruits normaux sans souffle à la pointe ou à la base.

Quelques jours avant la mort de cette femme, on constata chez elle

(1) BOISSEUIL, Thèse de Paris, 1876.

l'état suivant : décubitus horizontal tout-à-fait impossible, orthopnée, insomnie, perte d'appétit, affaiblissement progressif des forces, tendance ou refroidissement des extrémités, injection un peu violacée de la face et des mains.

P. 116, régulier, égal, d'une force moyenne. Gêne de la circulation dans les veines du cou, se traduisant par un gonflement permanent des jugulaires qui sont le siège de pulsations faibles et irrégulières.

Fréquence des mouvements respiratoires, respiration laborieuse et bruyante. Le ventre se déprime dans l'inspiration et se soulève dans l'expiration, cette interversion des mouvements respiratoires est accessible à la vue et au palper.

Résonnance exagérée dans les 2/3 supérieurs de la poitrine, à gauche, et dans toute son étendue, à droite et en arrière.

Submatité dans le tiers inférieur gauche. Partout râles sibilants sonores et gros râles muqueux. A la base gauche, gros râles sous-crépitants, souffle diffus, broncho-égophonie. Toux grasse, expectoration muqueuse.

Choc du cœur presque imperceptible à la main. Matité s'étendant depuis le bord droit du sternum jusqu'au delà du mamelon. Battements du cœur éloignés de l'oreille, sourds, mais nettement frappés. Pas de frottement ni de bruits de souffle. Il y a 8 jours, le malade a eu, dans le côté gauche, des douleurs aiguës.

Le foie remonte jusqu'à la 4^e côte, mais ne dépasse pas beaucoup le rebord des fausses côtes.

Signes d'un épanchement ascitique occupant la moitié de la cavité abdominale.

Œdème considérable des extrémités inférieures, ne remontant pas au dessus de la ceinture. Langue un peu jaune, tympanite prononcée. La mort de cette malade survint le 4 janvier 1866 après un jour ou deux d'état comateux et d'orthopnée excessive. Jusqu'alors elle n'avait rien présenté du côté des fonctions cérébrales.

Autopsie

Chaque plevre contient au moins deux litres de sérosité citrine, au sein de laquelle nagent quelques flocons albumineux. Parois de la séreuse lisses, sans couches albumino-fibrineuses.

Les deux poumons présentent à leur base une forte congestion séro-sanguine.

Il n'existe dans leur parenchyme ni infarctus pulmonaire, ni hémorragie interstitielle.

Les bronches rouges et épaisses sont remplies de mucosités jusque dans leurs petites divisions.

Chez cette femme, d'un embonpoint considérable, le médiastin antérieur est rempli de tissu cellulo-adipeux au-dessous duquel on aperçoit une masse énorme formée par le péricarde et le cœur.

Le péricarde étant incisé en avant, on constate que sa cavité est en partie oblitérée par des fausses membranes. Ces fausses membranes de formation récente constituent des couches superposées sur les deux feuillets du péricarde.

On compte 3 de ces couches, de densité différente ; la plus interne est la plus molle. Entre la couche interne et la moyenne existe un réseau vasculaire très serré.

Les couches sous-jacentes ont une consistance lardacée en rapport avec leur ancienneté relative. Elles sont constituées par des couches concentriques de tissu cellulaire.

Sur le péricarde qui recouvre le cœur, la disposition et l'organisation des couches sont les mêmes ; mais l'élément vasculaire est moins développé et les couches moins épaisses.

Toute la cavité du péricarde n'est pas comblée par les fausses membranes ; il existe, en avant et à droite, deux grandes cavités dont les parois, constituées par la membrane la plus récemment formée, sont rugueuses, déchiquetées, réunies par des tractus fibreux qui se confondent à leur périphérie.

Ce n'est que par une forte traction que l'on peut reconstituer artificiellement toute la cavité péricardique et en arrachant quelques lambeaux du tissu musculaire du cœur.

Cet organe est également dilaté à droite et à gauche. La paroi musculaire du ventricule droit est excessivement mince et constituée presque uniquement par l'entrelacement des colonnes du cœur.

La valvule tricuspide est souple, transparente et suffisante.

État sain de l'orifice et des valvules pulmonaires.

L'oreillette droite est très dilatée.

Sur le ventricule gauche, la couche adipeuse est beaucoup moins prononcée que sur le droit.

Les parois sont flasques, molles, augmentées d'épaisseur. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est le développement des vaisseaux qui les parcourent et qui forment sur les coupes un lacis visible d'où s'échappent quelques gouttes de sang. La coloration générale des fibres musculaires

est jaune, elles se déchirent facilement. La cavité ventriculaire gauche est dilatée.

La valvule mitrale est souple, suffisante et l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, libre.

Aucune lésion du côté de l'orifice ni des valvules aortiques.

Foie normal, mais présentant l'aspect d'une congestion chronique, c'est-à-dire avec quelques points jaunâtres disséminés sur un fond rouge, sombre.

Reins très congestionnés. Abscès considérable du rein droit. Ajoutons qu'il existait autour du péricarde pariétal une couche très épaisse de tissu cellulo-adipeux constituant une sorte de surcharge grasseuse extra-péricardique tout à fait anormale par son développement.

A l'examen microscopique on constata que les fibres musculaires du cœur se fragmentaient facilement et présentaient un grand nombre de granulations grasses avec disparition partielle des fibres transversales.

Pronostic

Jaurand (*loc. cit.*) formule cette opinion « que le pronostic de la pleurésie primitive, bénin chez le vieillard qui a conservé encore quelques attributs de la virilité, est grave dans le cas de pleurésie franchement sénile » .

Malgré cela, le pronostic de la pleurésie franchement sénile, tout en restant fort sombre, ne nous semble pas approcher de l'opinion de Beau, qui, dans sa statistique (1), trouve 5 cas de mort sur 5 malades.

Nous nous rangeons à l'avis de Jaurand et nous avons nous-même observé des cas de pleurésie incontestablement sénile, que certains malades, malgré leur grand âge (85 et 75 ans), supportaient d'une manière inespérée.

Nous avons encore recueilli l'observation d'un malade qui résista à sept ponctions successives.

OBSERVATION XII

Pleurésie hémorragique droite chez un vieillard de 81 ans. — Extraction de 14 litres de liquide sanguinolent par 7 ponctions successives.

Asystolie finale (2).

M. Th., âgé de 81 ans, a toujours eu une bonne santé.

1. BEAU, *Journal de Médecine*. 1843.

2. MOUTARD-MARTIN. *Pleurésies hémorragiques* Thèse de Paris, 1878.

En septembre 1867, il fut atteint d'une pleurésie droite qui disparut grâce aux vésicatoires et aux diurétiques.

En juin 1876, M. Th. fut pris de vertiges accompagnés de troubles de la vue avec diplopie.

Au mois de mars 1877, M. Th. qui avait repris sa vie habituelle se plaignit de nouveaux accès d'oppression.

On reconnut chez lui un épanchement pleurétique double, accompagné d'anasarque, avec urines chargées : mais pas d'albumine.

Cette fois encore, trois vésicatoires et les diurétiques suffirent pour amener la résorption de l'exsudat.

Mais à partir de ce moment la dyspnée devint plus intense, le côté droit de la poitrine s'affaissa.

Vers la fin de septembre 1877, à la suite d'une bronchite contractée depuis quelques jours, la dyspnée reparut et on diagnostiqua un nouvel épanchement droit.

Cette fois vésicatoires (on en appliqua 3) et diurétiques furent insuffisants, la suffocation devint menaçante.

Le 28 octobre, on constatait les signes suivants : facies coloré, légèrement cyanosé, sueurs profuses, toux fréquente, expectoration verdâtre. Anorexie.

Langue cyanosée, blanchâtre, hémorroïdes, urines peu abondantes. Angoisses nocturnes très fréquentes.

A l'examen du thorax on constate l'intégrité du cœur et du poumon gauche. A droite, le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes. Le côté droit du thorax présente moins d'amplitude que le gauche. Immobilité du côté droit à l'inspiration.

Diminution sensible des vibrations thoraciques dans toute la hauteur ; en avant et en arrière matité absolue et jusque sous la clavicule, absence complète de la respiration en avant.

En arrière, souffle tubaire, bronchophonie et pectoriloquie aphone dans toute l'étendue du poumon gauche.

Œdème de la paroi thoracique.

Point de ganglions thoraciques ni cervicaux. — Point de cachexie ni de diathèse cancéreuse. — La ponction est décidée ; on la fait avec le trocart n° 3 dans le 5^e espace intercostal, au lieu d'élection. Il sort un liquide rouge vineux analogue à du sang veineux.

L'écoulement dure près d'une heure et le malade sent progressivement l'oppression diminuer.

Pas de syncope pendant l'opération.

Le liquide extrait se sépare bientôt en deux couches ; une supérieure,

composée d'un liquide rouge, translucide, avec globules rouges; l'autre, inférieure, forme un magma épais et noirâtre.

Le 30 octobre. — Dyspnée. Expectoration abondante, verdâtre.

La nuit dernière a été plus calme, le malade a pris du jus de viande, du lait, une potion contenant 0,30 c. de kermès minéral. Pas de fièvre.

P. 90. R. 18. Pas de sueurs. Facies calme, langue plus nette.

A l'examen du thorax, sonorité sous-claviculaire droite normale.

A partir du mamelon, la matité reparait, presque compacte; sous la clavicule, respiration presque normale mélangée de quelques râles sous-crépitants. Plus bas, le murmure disparaît; au-dessous du mamelon, vibrations thoraciques reparues en avant.

En arrière, vibrations perceptibles, mais faibles, surtout en bas.

Submatité dans la fosse sus-épineuse, puis matité à mesure qu'on s'éloigne du sommet. Le souffle et la bronchophonie n'existent plus.

Respiration nette en haut, s'obscurcissant vers la partie moyenne, disparaissant en bas, mêlée de râles sous-crépitants.

1^{er} novembre. — Le malade éprouve chaque jour de l'amélioration, depuis sa ponction. Il y a toujours un peu de dyspnée.

Anorexie.

Toux peu fréquente, expectoration translucide. Langue humide, rosée. Selles diarrhéiques; on supprime le kermès.

Apyrexie.

	18
Pouls ample 90. R.	—
	20

La sonorité et le murmure vésiculaire persistent sous la clavicule, mais en arrière, à la partie moyenne, reparait le souffle tubaire avec bronchophonie. Il est évident que le liquide s'est reproduit. Mêmes aliments, vin.

L'anorexie persiste.

3 novembre. — Pouls plus fréquent, 110. Apyrexie. Dyspnée nocturne. R. 36.

Matité reparue en avant de haut en bas, sauf immédiatement sous la clavicule où l'on perçoit un bruit de Skoda très net sur une hauteur de deux travers de doigt. Respiration presque imperceptible en avant.

Matité complète en arrière avec absence de respiration et affaiblissement des vibrations thoraciques. Le souffle tubaire, avec bronchophonie, s'entend en arrière, sans l'aisselle, et même au dessus du foie.

En présence de cette aggravation, du retour de l'orthopnée de la

cyanose, on pratique une deuxième thoracentèse avec le trocart de Potain (n° 2) au dessous de la première, dans le 6^e espace intercostal. En quarante minutes on retire 1.900 grammes de liquide lie de vin. Aussitôt l'opération faite, le malade étant assis, le pouls redevient large et tombe à 90, la respiration à 20; le malade ne tousse plus, mange avec appétit.

Nuit suivante bonne.

5 novembre. — Variation du pouls de 85 à 90, de la respiration de 18 à 24, de la température de 37° à 37° 2. Bouillon, potages, jus de viande, lait au rhum, champagne. Urines claires, abondantes, langue nette, facies excellent.

La respiration s'entend dans le tiers supérieur en avant et en arrière, un peu rude, puis elle s'obscurcit et se trouve remplacée dans le tiers inférieur par du souffle tubaire doux, les vibrations restent faibles. Le pouls reste large et régulier; jusqu'au 12, on ne note qu'un peu d'agitation, la nuit du 6. Le malade a pu prendre des aliments solides, du poulet, de la viande.

Apyrexie.

Le 12, nouvelle ponction.

Les accès de suffocation nocturne ont reparu et les nuits sont interrompues par des angoisses alarmantes.

La matité est de nouveau complète en avant et en arrière, sous la clavicule (bruit skodique) et dans la fosse sus-épineuse. Respiration nulle dans toute la hauteur. Vibrations abolies, souffle et bronchophonie marqués en arrière, à la partie moyenne. Anorexie, soif modérée.

T . 37°2, P. 80, R. 24.

Troisième thoracentèse, pratiquée dans le voisinage des précédentes et un peu en dehors. La piqûre, douloureuse, donne issue à 400 grammes de liquide sanguinolent, comme celui des opérations précédentes.

Un stylet introduit dans la canule ne soulève aucun obstacle, on a évidemment évacué tout le contenu de la cavité où a pénétré le trocart, eau de Vals et macération de quassia avant le repas.

Le 14 novembre. — La ponction précédente n'a pas amené de soulagement, anorexie, insomnie, suffocation, orthopnée. La partie antérieure du poumon droit respire un peu, il existe encore un bruit de Skoda sous la clavicule. En arrière, matité complète de haut en bas, vibrations thoraciques à peine saisissables, souffle tubo-amphorique marqué, au tiers moyen.

Une quatrième ponction est pratiquée au même niveau que les précédentes. mais cette fois à 20 centimètres en arrière, dans le dos, avec l'aiguille n° 2 de Potain. Trois litres de liquide rouge vineux sont évacués en moins d'un quart d'heure; il pourrait en sortir davantage par une aspiration forte, mais, le malade étant fatigué, on juge prudent de s'en tenir là. — Le pouls, qui était petit, serré, redevient large et vibrant, la respiration tombe à 18.

15 novembre. — Le mieux s'est accentué et continue.

Le malade a plus d'appétit.

Le 17 : Élévation du pouls à 117, de la température à 37° 6.

R. 18.

Le 19 et les jours suivants, mêmes particularités à noter. Urines abondantes, claires. — Lait, vin, bouillon, côtelettes. — Le malade se lève, marche sans dyspnée.

T.	$\frac{37^{\circ}}{37^{\circ}4}$	P.	$\frac{80}{100}$	R.	$\frac{17}{18}$
----	----------------------------------	----	------------------	----	-----------------

Plus de toux, peu d'expectoration.

Sommeil assez bon. — La mensuration au cyrtomètre donne 43 centimètres à droite et 46 centimètres à gauche.

La respiration continue à être perçue en avant et en arrière, dans la moitié supérieure du poumon droit. En bas et en arrière, souffle tubaire et bronchophonie avec matité et absence de vibrations.

23 novembre :	T.	$\frac{37^{\circ}}{37^{\circ}4}$	P.	100.	R.	28
---------------	----	----------------------------------	----	------	----	----

Le souffle et la bronchophonie règnent dans les 3/4 inférieurs du poumon droit en arrière, l'appétit a diminué et l'oppression a reparu.

Cinquième ponction pratiquée en arrière et au voisinage de la dernière, donnant environ deux litres d'un liquide sanguinolent; dans un mouvement brusque du malade, la canule se courbe, mais sans accident.

24 novembre. — Amélioration. Moins d'anorexie.

Exulcération au sacrum.

Le 25, facies excellent, la respiration a reparu dans la moitié supérieure du poumon droit. léger souffle en bas et en arrière. Il semble bien démontré que des fausses membranes, accompagnées d'une nappe liquide, existent dans la moitié inférieure droite de la cavité thoracique.

T. 37°, P. 90, R. 22.

Le 26 novembre, état général assez bon, persistance du souffle en bas et en arrière.

3 décembre. — Les mêmes raisons qui ont déterminé les premières ponctions conduisent à une nouvelle thoracentèse sans qu'il paraisse exister autant de liquide que précédemment.

Le malade demande que la ponction soit pratiquée sur le côté. On y consent, on ponctionne dans l'aisselle, sous le 6^e espace et on n'obtient rien. Un stylet introduit dans la canule ne rencontre que des fausses membranes.

On acquiert la certitude qu'on vient de vider une vaste poche pleurale située antérieurement, mais aussi qu'il en reste une autre en arrière, en un mot que la plèvre est cloisonnée. En effet, portant le trocart immédiatement en arrière, nous retirons 900 grammes de liquide coloré comme du vin de Malaga, et, malgré la douleur, le malade se sent soulagé.

5 décembre, 8 heures : Amélioration légère.

Le 7. — Des accidents menaçants se reproduisent. On pratique une septième thoracentèse, qui donne issue à 2 litres et demi de liquide semblable.

8 décembre : T. $38^{\circ}2$, P. $\frac{92}{104}$ R. $\frac{20}{24}$

Le 10. — La douleur n'a point cessé.

11 décembre : T. $\frac{38^{\circ}5}{38^{\circ}6}$ P. $\frac{96}{120}$ R. 24.

Le 13. — Abaissement de la température à $37^{\circ}8$. P. 96. R. 22.

Le 17. — Même état. Le souffle et la matité ont reparu un peu en bas et en arrière, mais on entend la respiration dans la moitié supérieure.

Epistaxis peu abondante depuis quelques jours.

24 décembre. — Le malade maigrit et se lève moins volontiers. ses forces diminuent, bien que la situation de sa poitrine s'améliore plutôt de jour en jour.

Nuit agitée.

Le 28. — Vibrations plus marquées, matité remplacée par de la submatité. On ne constate plus de souffle, et la respiration devient plus étendue et plus ample.

Grande faiblesse ; oppression facile.

T. $\frac{37^{\circ}}{37^{\circ}6}$ P. 100, R. 24.

Anorexie toujours très grande.

Le malade a le sentiment de sa fin prochaine, il tousse un peu depuis

quelques jours, malgré l'état en apparence meilleur du poumon droit. Peu d'expectoration.

Œdème pérिमalléolaire.

Le 29 décembre. — 80 pulsations, irrégularités, intermittences cardiaques.

Le 30. — Les pulsations tombent à 60, puis se relèvent à 100, puis retombent.

Le 31. — Le malade mange avec appétit, respire avec calme, et s'éteint subitement à 8 heures du matin.

En sept ponctions, on avait pu extraire 14 litres d'un liquide rouge comme du vin de Malaga; ce liquide, examiné au microscope, a présenté des globules rouges non déformés et des globules blancs; pas d'autres éléments figurés.

Par le repos le liquide s'est toujours séparé en deux couches: une supérieure jaunâtre, translucide, une inférieure formée d'un liquide rouge foncé.

Les globules rouges qui composent cette couche semblent emprisonnés et réunis dans une gangue fibrineuse translucide, formant un réticulum qui s'élève en cône à base inférieure pour se perdre par la pointe au milieu de la couche supérieure translucide. On y trouve de la fibrine et de l'albumine.

Réflexions

Cette observation est intéressante à plus d'un titre; d'abord, nous remarquons la force de résistance du malade qui résista à sept ponctions successives; ensuite, on a pu noter la fréquence et l'irrégularité du rythme cardiaque, avec affaiblissement des bruits du cœur.

Le Dr Duguet, qui soigna le malade, s'exprime ainsi: « Le malade a succombé, non par le fait de sa pleurésie, qui était en voie de guérison, mais par suite de l'affaiblissement progressif du muscle cardiaque survenu sous l'influence de l'âge et surtout de l'affection longue, épuisante et grave, dont il était atteint. »

La pleurésie latente a chez le vieillard un pronostic extrêmement grave; c'est que, dans la plupart des cas de ce genre,

la mort subite par syncope cardiaque fait de nombreuses victimes.

Dans les observations de pleurésies latentes qu'il nous a été donné de recueillir et qui sont empruntées à la thèse de Boisseuil, nous avons relevé 2 morts sur 3 cas.

La mort a été due une fois à la syncope *cardiaque*, une autre fois à l'*apoplexie* du poumon sain.

La mort subite, dans la pleurésie latente, reconnaît pour causes multiples : les caillots formés dans l'artère pulmonaire, les thromboses, les embolies, compagnes de l'athérome, la torsion des gros vaisseaux et la production facile de la syncope cardiaque, sur un cœur devenu asystolique par l'effet de l'épanchement pleural (*Obs. XIII et XIV*).

Chez le vieillard, la pleurésie gauche est particulièrement grave, la compression s'ajoutant aux causes précédentes pour déterminer l'arrêt du cœur (*Obs. XIII*). Si, en effet, la syncope se produit parfois sur un cœur jeune et sain, combien plus facilement encore doit-elle se produire sur un cœur entravé dans son fonctionnement par la dégénérescence de ses fibres (cœur sénile), par ses valvules athéromateuses, lésions qui s'ajoutent fréquemment à la compression déterminée par l'épanchement.

Ce qui domine dans les autopsies de vieillards morts de pleurésie, c'est l'athérome aortique et la dégénérescence granulo-graisseuse du cœur. Cette dernière lésion est, nous ne craignons pas de le dire, la plus fréquente ; la sénilité du myocarde est une lésion banale de la vieillesse, mais elle entraîne des conditions défavorables pour la guérison. Sous l'influence de l'épanchement, dans ces cas, l'asystolie du cœur se produit très rapidement.

Cliniquement, chez le vieillard, cet affaiblissement du muscle cardiaque se traduit par des intermittences (faux pas

du cœur) de l'organe central de la circulation et du pouls radial.

La pleurésie secondaire qui accompagne, ou complique, comme cause ou comme effet, la péricardite, la néphrite albumineuse, le cancer pleuro-pulmonaire, celle qui évolue dans un organisme affaibli par une affection préexistante, a un pronostic extrêmement grave (1) et hâte la fin, si elle n'en est pas la cause immédiate.

« Il est donc presque permis, dit Jaurand, de la considérer chez les vieillards comme un signe avant-coureur de la mort. »

1. JAURAND, *Loc. cit.*

Terminaisons

Dans nos 33 *Observations*, nous avons constaté 6 fois la guérison, dûe dans quatre de ces cas (*II, III, IV, V*) à la thoracentèse, une fois aux révulsifs cutanés et aux diurétiques (*I*), une fois au vésicatoire (*XXXIII*). Ces 6 cas de guérison étaient tous des cas de pleurésies primitives aiguës ou subaiguës. Un seul relevait de la pleurésie latente.

Nous avons relevé quatre fois la mort subite, deux fois dans des épanchements latents (*XIII et XIV*), puis, dans une pleurésie subaiguë, simple, par compression du cœur (*XXXI*), et dans un cas d'anévrysme aortique par hémorragie foudroyante (*XXX*).

Dans 1 cas de pleurésie primitive, l'épanchement est passé à l'état chronique (*Obs. VI*). Un autre cas est resté douteux et n'a pu (*Obs. VII*) être apprécié. Une pleurésie chronique double a été suivie de mort (*Obs. XVII*). Une pleurésie secondaire d'origine tuberculeuse est aussi passée à l'état chronique. (*Obs. VIII*.)

Dans les autres cas, la mort a été dûe aux maladies primitives qui avaient créé l'épanchement pleural, 1 cas de mort a été dû à une pleurésie hémorragique (*Obs. XII*).

Dans nos *Obs. XV et XVI*, elle a été dûe à l'asphyxie causée par l'ossification de la plèvre et la sclérose du poumon.

Comme affections primitives, nous avons relevé :

La péricardite : 2 fois. (*Obs. XI, XXVI.*)

La néphrite interstitielle : 2 fois (*Obs. X, XXVII.*)

La tuberculose pulmonaire : 6 fois (*VIII, IX, XXII, XXIII, XXIV, XXV.*)

L'insuffisance aortique : 1 fois (*XXI.*)

Le rétrécissement aortique : 1 fois (*XX.*)

La pleuro-pneumonie ; 3 fois (*XVIII, XIX, XXXII.*)

Le cancer pleuro-pulmonaire : 1 fois (*Obs. XXVIII.*)

L'anévrysme aortique : 1 fois (*XXX.*)

L'ostéo-périostite-lombaire : 1 fois (*XXIX.*)

Lésions séniles scléro-calcaires de la plèvre : 2 fois (*Obs. XV, XVI.*)

La terminaison de la pleurésie sénile varie donc beaucoup suivant les cas.

Les pleurésies qui se rapprochent de celle de l'adulte, comme forme et comme évolution, ont presque toutes une issue heureuse.

Les observations que nous avons empruntées à divers auteurs, entre autres à Philippeau, et une observation personnelle, justifient cette manière de voir.

Le pronostic est plus grave chez les vieillards qui présentent les attributs de la sénilité, ceux dont la constitution est détériorée. — Un épanchement pleurétique survenant dans ces circonstances aura facilement raison d'un organisme affaibli.

Nous devons, à l'obligeance de M. le Professeur agrégé P. Parisot, un cas intéressant de terminaison de pleurésie sénile. — Il s'agit d'un vieillard chez lequel à la suite d'une attaque d'hémiplégie survint un épanchement gauche. — Sous l'influence de cet épanchement le cœur devint asystolique, la mort ne se fit pas attendre. Le malade succomba à la cachexie cardiaque. Nous regrettons de ne pouvoir publier cette observation.

Nous avons déjà mentionné la gravité excessive de la pleurésie secondaire ; nous n'y reviendrons pas ici. Nous croyons avoir suffisamment insisté sur la pleurésie latente. Dans cette forme, la mort subite est fréquente. Boisseuil relève la mort subite 2 fois sur 3 cas.

Quant à la pleurésie chronique, son pronostic ne nous semble pas être aussi grave que le pense Jaurand (1) qui relève 3 morts sur 4 cas observés par lui.

Nous avons publié les observations que nous avons recueillies à Saint-Julien et il en ressort nettement que deux vieillards, présentant à un degré accentué les lésions de la sénilité, continuent à vivre, et d'une vie assez active, malgré leur épanchement qui est depuis longtemps chronique.

D'ailleurs, ces reliquats d'épanchement pourraient être, nous nous efforcerons de le démontrer, traités efficacement par la thoracentèse.

Cette chronicité, ce défaut de résorption de l'exsudat pleurétique, nous amène à consacrer, d'après les conseils et d'après les leçons qu'a professés à l'hospice Saint-Julien M. le Professeur agrégé Parisot, quelques considérations relatives aux difficultés de la résorption, qui, chez le vieillard, ou ne s'effectue pas, ou s'effectue avec une extrême lenteur.

1. JAURAND. *Loc. cit.*

Difficultés de la résorption

Durand-Fardel, dans son *Traité clinique et pratique des Maladies des vieillards*, s'exprime ainsi au sujet de la rareté des pleurésies primitives et des modifications que peut subir la plèvre d'un individu avancé en âge : « Ne peut-on pas se demander si les adhérences ordinairement nombreuses et serrées, si l'épaississement de la plèvre que les vieillards présentent, ne seraient pas la cause principale de la rareté de ces pleurésies ? Il est de fait que ce tissu celluleux qui enveloppe les poumons se trouve dans des conditions absolument différentes de cette membrane lisse et polie qu'on rencontre à l'état normal et qu'aucune comparaison ne saurait être établie entre la susceptibilité inflammatoire que l'une et l'autre peuvent présenter. »

Ces adhérences courtes et serrées, cet épaississement de la plèvre, transforment une membrane lisse et polie, éminemment apte à l'absorption, en un tissu dur et lardacé (*Obs. IX*). D'autres fois, l'épaississement sénile de la plèvre se complique de dépôts scléro-calcaires, qui lui font perdre sa souplesse et sa mobilité. C'est ce que nous avons constaté dans deux de nos observations, que l'on nous permettra de reproduire ici, bien qu'elles ne rentrent pas d'une manière immédiate dans le cadre de ce travail.

OBSERVATION XV

Epaississement et accolement des deux feuillets de la plèvre, ayant subi la transformation fibro-cartilagineuse (1).

En janvier 1858, un vieillard de 73 ans est amené à l'infirmierie de l'hospice des Incurables, avec douleur au côté droit, dyspnée intense, cyanose et menace d'asphyxie.

A la percussion, matité absolue dans toute l'étendue du thorax à droite, en arrière et en dehors. Sonorité normale à gauche.

A gauche, râles muqueux abondants.

A droite, souffle à peine marqué, râles muqueux, gargouillement à l'angle de l'omoplate.

La thoracentèse est pratiquée séance tenante ; le trocart est enfoncé dans le 8^e espace sur le prolongement d'une verticale passant par le creux axillaire.

Pas une goutte de liquide ne sort.

Le lendemain, le malade succombe.

A l'autopsie on trouve le poumon droit ratatiné. Le feuillet viscéral, comme le feuillet pariétal, mesure 2 centimètres ; ils sont denses, adhérents, formés de tissu fibro-cartilagineux.

Vers la partie moyenne et postérieure, il existait, entre les 2 feuillets épaissis, un petit espace contenant un liquide laiteux, louche, ressemblant à l'abri athéromateux d'une artère. Une fissure s'était produite dans le feuillet viscéral et faisait communiquer cette cavité avec une bronche ; c'est ce qui explique le gargouillement qui fut observé pendant la vie, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

OBSERVATION XVI

Adhérence et transformation calcaire complète des deux feuillets de la plèvre du côté droit (2).

Au mois de février 1858, un vieillard de 70 ans fut amené à l'infirmierie des Incurables.

Comme dans le cas précédent, on constate une matité absolue à droite en arrière, sonorité normale à gauche.

A gauche, râles de bronchite ; à droite, râles muqueux, pas de souffle ni d'égophonie.

1. JAURAND. — Thèse de Paris, 1881.

2. JAURAND. — Thèse de Paris, 1881.

Respiration courte et fréquente, asphyxie imminente.

La thoracentèse est pratiquée dans le 8^e espace intercostal. A peine enfoncé, le trocart s'arrête net, semble repousser un corps dur adhérent à la paroi, donnant la sensation d'une surface osseuse, il ne sort pas de liquide.

Le lendemain, le malade meurt.

Autopsie

Poumon droit ratatiné, cornifié.

Les 2 feuillets de la plèvre sont épaissis et ont subi complètement la transformation calcaire. Ces lésions expliquent bien la résistance perçue par la pointe du trocart et la sensation de rugosité osseuse consécutive.

Rappelons brièvement, pour traiter avec fruit ce chapitre de notre thèse, les forces qui mettent normalement en action l'appareil d'absorption de la plèvre.

Ces forces sont, d'une part, l'élasticité pulmonaire, qui attire la plèvre en dedans, d'autre part, la contraction des muscles inspireurs, qui exerce sur elle une traction de dedans en dehors. Conséquemment, l'absorption sera d'autant plus énergique que le poumon sera plus rétractile et les muscles inspireurs plus puissants. C'est ce que soutient Marc Sée (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* 1888, article *Plèvre*).

Or, ces deux conditions ne sont pas réalisées chez le vieillard. Avec les progrès de l'âge, le poumon est souvent sclérosé, ratatiné, entouré par une plèvre épaissie, lardacée même (*Obs. IX*). Et, si la résorption se fait normalement sur la plèvre pariétale aussi bien que sur la plèvre pulmonaire, on conçoit que cet épaississement des deux plèvres doit créer chez le vieillard des conditions défavorables pour la résorption.

Les orifices des lymphatiques sont sans doute plus ou moins lésés dans leur structure.

Il y a encore une autre circonstance : la résorption, dit Marc Sée, est en rapport avec la puissance des contractions musculaires. Chez le vieillard, les contractions musculaires sont peu énergiques, le système musculaire participe à l'affaiblissement général et, en somme, si la traction musculaire fait défaut, un rouage, qu'on nous permette l'expression, manquera à l'appareil d'absorption.

Nous ne pouvons faire mieux d'ailleurs que de citer Cruveilhier, qui s'exprime ainsi au sujet des lésions anatomo-pathologiques de la plèvre sénile :

« On trouve souvent, au milieu d'adhérences plus ou moins denses celluleuses ou fibreuses, tantôt de larges plaques cartilagineuses sur la plèvre costale ou sur la plèvre pulmonaire, tantôt de simples granulations, de petits noyaux, de petites masses cartilagineuses, on voit même quelquefois ces plaques cartilagineuses pénétrer plus ou moins profondément dans l'épaisseur du poumon.

« Souvent le phosphate calcaire vient s'associer à cette série de transformations, ou productions successives, en sorte qu'on trouve là un tableau complet de toute la puissance de production morbide, dont est douée l'économie vivante, depuis la fausse membrane organisée jusqu'au cartilage, jusqu'à l'os (1). »

Citons encore M. le Professeur agrégé Demange qui, dans son étude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse, s'exprime ainsi au sujet de la plèvre sénile :

« Les plèvres présentent habituellement un état louche, une coloration grisâtre due à leur épaissement, souvent on constate des adhérences nombreuses et plus ou moins étendues qui diminuent le glissement de la paroi thoracique sur

(1) CRUVEILHIER, *Traité d'anatomie pathologique générale*, Paris, 1856, Tome III page, 811.

le poumon, souvent ces adhérences sont devenues fibreuses et calcaires (1). »

Ces lésions sont réalisées à un très haut degré dans nos deux *Observations XV et XVI* qui ont trait à des pleurésies scléro-calcaires.

M. Demange dit encore :

« Ainsi les puissances inspiratrices diminuent, la cavité thoracique semble se mouvoir tout d'une pièce, le type respiratoire se rapproche de celui de l'emphysémateux. »

Il ressort de toutes ces citations, empruntées à des auteurs éminents, que chez le vieillard la circulation lymphatique est sans doute profondément modifiée, les bouches d'absorption sont altérées dans leur structure, mais là n'est pas la seule cause de la lenteur de la résorption.

Colin (2) a recherché dans l'altération des ganglions du hile du poumon une autre cause :

« On sait que presque constamment, dans la vieillesse, les ganglions lymphatiques du hile du poumon sont engorgés, dit-il, soit à la suite d'un catarrhe chronique, soit simplement par le fait de l'irritation produite sur ces ganglions par cette matière noire qu'on sait aujourd'hui être du charbon en poussière venu de l'atmosphère et non un pigment pathologique.

A travers de semblables ganglions, l'absorption lymphatique trouve de nombreux obstacles et c'est là sans doute une des causes de la lenteur avec laquelle se résorbent les épanchements pleurétiques chez les vieillards.

1. DEMANGE, *Etude clinique et anatomo-pathologique de la vieillesse*, p. 61. 1886.

2. COLIN, *De la pleurésie franche chez les vieillards*, Thèse de Nancy, p. 11.

Fréquence relative de la mort dans la pleurésie secondaire
et dans la pleurésie primitive.

N ^o D'ORDRE.	AUTEURS.	SEXE.	ÂGE.	NATURE DE LA PLEURÉSIE.	DURÉE.	TRAITEMENT.	TERMINAISON.
1	PHILIPPEAU.	Homme.	71	Latente	44 jours.	Thoracentèse.	Guérison.
2	STRAUSS.	Femme.	71	Primitive.	2 mois.	Thoracentèse.	—
3	WEBER.	Homme.	64	—	52 jours.	Vésicatoires, diurétiques.	—
4	LACAZE-DUTHIERS.	Homme.	65	—	27 jours	Thoracentèse.	—
5	BOURNEVILLE.	Homme.	62	—	21 jours.	—	—
6	Personnelle.	Homme.	85	—	42 mois.	Toniques, stimulants.	Passée à l'état chronique.
7	Due à M. PARISOT.	Homme.	68	—	Indéterminée.	—	N'a pu être appréciée.
8	Personnelle	Femme	74	Secondaire (tuberculeuse).	—	Vésicatoires, toniques.	L'épanchement persiste
9	Personnelle.	Homme.	69	—	5 mois.	Toniques, diurétiques.	Mort.
10	JAURAND.	Femme.	62	Secondaire (néphrite).	3 jours.	Saignées, toniques. §	—
11	BOISSEUIL.	Femme.	75	Secondaire (péricardite).	44 jours.	—	—
12	MOUTARD-MARTIN.	Homme.	84	Primitive (hémorragique).	34 jours.	Thoracentèse, pratiquée 7 fois.	—
13	BOISSEUIL.	Homme.	78	Latente.	—	—	Mort subite.
14	BOISSEUIL.	Homme.	65	—	—	—	—
15	JAURAND.	Homme.	73	Fibro-cartilagineuse.	—	Thoracentèse.	Mort rapide.

16	JAUROUD.	Homme.	70	Scléro-calcaire.	—	—	Mort le lendemain de l'opération.
17	JAUROUD.	Femme.	76	Chronique double.	9 mois.	Vésicatoires répétés.	Mort.
18	LIXOAT. (Th. de Paris, 1860).	Homme.	67	Pseudo-membraneuse compliquée de pneumonie.	7 jours.	Vésicatoires, émétique.	—
19	LIXOAT.	Homme.	74	Pleuro-pneumonie.	4 jours.	Diurétiques, émétique.	—
20	BOISSEUL.	Homme.	79	Secondaire (rétrécissement aortique).	6 mois.	—	—
21	BOISSEUL.	Homme.	70	Secondaire (insuffisance aortique).	6 mois.	—	—
22	BLUMENTHAL. (Th. de Paris, 1868).	Femme.	60	Secondaire (tuberculeuse).	3 mois.	Vésicatoires, toniques.	—
23	POTAIN (Société anatom., p. 249).	Homme.	74	—	7 mois.	—	—
24	HERARD-CORSIL. (De la phthisie pul., 1867), p. 75.	Femme.	73	—	4 mois.	—	—
25	Inérite	Homme.	75	—	—	—	—
26	BOISSEUL.	Femme.	75	Secondaire (péricardite).	8 jours.	—	—
27	JAUROUD.	Homme.	80	Secondaire (néphrite).	4 jours.	—	—
28	MEUNIER. (Th. de Paris, 1861).	Femme.	62	Secondaire (cancer pleuro-pulmonaire).	20 jours.	Thoracentèse.	—
29	ANDRAL. (Traité de clinique).	Homme.	60	Secondaire (ostéo-périoste lombaire).	40 jours.	Vésicatoires.	—
30	BOISSEUL.	Homme.	76	Secondaire (anévrisme aort.).	5 mois.	—	Mort subite.
31	NÉGRÉ (Thèse de Paris, 1864).	Femme.	69	Primitive.	28 jours.	Diurétiques, ventouses, vésicatoires.	Mort subite. — Déplacement du cœur, mort par syncope simple.
32	BISOZ. (Th. de Strasbourg, 1868).	Homme.	64	Secondaire (pneumo-pneumonie).	49 jours.	Diurétiques, toniques, vésicatoires.	Mort.
33	JAUROUD.	Homme.	78	Primitive.	33 jours.	Vésicatoire.	Guérison.

Totalisation

En résumé, sur 33 cas de pleurésies séniles, nous avons 6 guérisons dues 5 fois à la thoracentèse et une fois aux révulsifs cutanés ; ces pleurésies sont toutes primitives. Dans les cas où la thoracentèse n'a pas été pratiquée, l'épanchement est passé à l'état chronique dans 2 cas de pleurésie primitive ; les autres cas relèvent de pleurésies latentes (2 morts sur 3) et de pleurésies secondaires, lesquelles ont toutes été mortelles.

Une pleurésie tuberculeuse est passée à l'état chronique (*Obs. VIII*).

Traitement

Le traitement de la pleurésie sénile présente plusieurs indications à remplir.

Prus (1) a dit judicieusement (*loc. cit.*) :

« Ici la médecine ne doit plus se borner à surveiller, diriger les actes d'une puissance qui lui est supérieure, et qui, chez l'enfant et chez l'adulte, travaille souvent et si merveilleusement à la guérison du malade. Le médecin de la vieillesse ne peut plus être le ministre de la nature, il doit prévenir ses tendances funestes, il doit la combattre. »

L'indication la plus générale à remplir chez le vieillard, c'est de maintenir par des toniques (quinquina, vin, alcool) et une hygiène appropriée les forces du malade, car la maladie amène chez lui une adynamie profonde.

Quand on se trouve sur ce terrain, il faut toujours avoir présent à l'esprit ce précepte énoncé par Schutzenberger (2).

« En médecine pratique, il ne faut jamais se placer au point de vue de l'inutilité des secours de l'art, quand la certitude n'est pas absolue. »

La pleurésie primitive devra être combattue, comme celle de l'adulte, par les révulsifs cutanés (vésicatoires répétés) et les diurétiques, tant que l'épanchement sera de moyenne importance.

1. PRUS. Recherches sur les maladies de la vieillesse, *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, 1845.

2. SCHUTZENBERGER et HECHT. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (article « apoplexie »), T. 5, p. 723.

S'il devient menaçant par sa persistance ou son étendue, s'il détermine une dyspnée intense, des accès de suffocation nocturne, le déplacement du cœur et des gros vaisseaux et l'asystolie qui peut en être la conséquence, alors il ne faut pas hésiter et recourir aussitôt à la ponction aspiratrice, qui a donné de beaux succès thérapeutiques.

Nous dirons même plus : l'indication de la thoracentèse résidant entièrement dans ces deux circonstances : abondance de l'épanchement et difficulté de la résorption, et ce dernier fait étant fréquent chez le vieillard dont la pleurésie passe volontiers à l'état chronique, nous dirons que chez lui, plus même que chez l'adulte, la thoracentèse devient une opération de nécessité.

Citons à l'appui l'observation intéressante (*Obs. XII*) d'un épanchement hémorragique, qui se reproduisit sept fois chez un vieillard très avancé en âge ; si, dans ce cas, la thoracentèse n'a pas tari l'épanchement, elle a eu du moins le mérite précieux de prolonger singulièrement l'existence du malade. Celui-ci aurait infailliblement succombé à la dyspnée qui entravait l'hématose, ou à la mort subite par syncope, par asphyxie.

De l'*Observation XII* il ressort nettement que, dans le cas où un épanchement ne résisterait pas à une première thoracentèse, on serait autorisé à en pratiquer ultérieurement plusieurs autres, d'urgence pour ainsi dire, et constituant une sorte de traitement palliatif parant au danger le plus pressé, mais non absolument curatif.

D'ailleurs la thoracentèse n'est pas seulement une arme thérapeutique puissante même chez le vieillard (*Obs. I, II, IV, V*) elle est aussi un moyen de gagner du temps, et, la maladie se retrouvant dans les mêmes conditions qu'avant l'épanchement, on peut alors agir directement sur elle par le traitement médical.

Quand la dyspnée est assez intense pour permettre de pratiquer la thoracentèse d'urgence, et *surtout si la pleurésie* siège à gauche, il faut y recourir sans hésitation, malgré l'état fébrile, d'ailleurs en général peu marqué, quelquefois nul chez le vieillard ainsi que les signes subjectifs que peut accuser le malade (*Obs. I*).

Il faut se rappeler que si, après la chute thermométrique qui indique la défervescence de la phlegmasie, le liquide persiste, il constitue un danger sérieux, menaçant même, et auquel souvent la terminaison funeste a été dûe. Un épanchement moyen, mais persistant, cause à la longue le déplacement des organes essentiels (cœur et gros vaisseaux). Les poumons contractent des adhérences, gardent leur situation anormale ; il en résulte une gêne fonctionnelle, l'hématose est entravée, l'état général s'en ressent, et souvent dans ces conditions la pleurésie devient chronique et purulente. Les poumons s'atélectasient et donnent prise aux lésions de la pneumonie chronique. Eh bien, dans ces cas, la thoracentèse peut abrégier la maladie et confirmer la guérison.

Quand les moyens médicaux, qui ont pour but de modérer l'inflammation de la séreuse pleurale (vésicatoires et diurétiques) seront reconnus insuffisants, il faudra hâter par les moyens chirurgicaux la résorption du liquide et ne pas oublier que dans les épanchements du côté gauche la thoracentèse s'impose plus impérieusement que dans ceux du côté droit, surtout chez le vieillard, dont le cœur, souvent asystolique ou dégénéré (myocardite sénile, dégénérescence granulo-graisseuse) est plus sujet à la syncope. Aussi, chez un malade atteint de lésions du cœur, faudra-t-il user de prudence dans l'opération. Widal (1) reconnaît que, chez le vieillard, la tho-

(1) WIDAL. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article « Pleurésie », Paris, 1888.

racentèse a donné souvent des effets très prompts et très efficaces.

Témoin notre *Observation IV*, où, grâce à la thoracentèse, la maladie n'a duré que 28 jours.

Enfin il est encore une indication pressante de pratiquer la thoracentèse; il nous a paru utile de la mentionner; c'est celle qui résulte de la dyspnée nocturne reconnaissant pour cause le déplacement du cœur, et il est à remarquer que cette dyspnée peut ne pas exister le jour, alors que le malade met en jeu ses muscles respiratoires; mais la nuit, le sommeil vient annihiler cet acte volontaire, d'où anhématose et accès de suffocation. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. Octobre 1890, p. 570.)

Cette indication est particulièrement urgente chez le vieillard dont les poumons si souvent frappés d'émphysème et de catarrhe pulmonaire fonctionnent mal et dont les muscles inspiratoires sont affaiblis.

L'emploi des émissions sanguines ne sera jamais mis en pratique chez le vieillard dont l'organisme généralement épuisé ne peut faire les frais d'une réparation souvent si longue, même chez l'adulte.

Cruveilhier (1) rejette formellement les saignées dans le traitement de la pleurésie sénile.

Les diurétiques peuvent être pour le vieillard d'une réelle utilité. Unis aux révulsifs, ils constituent une méthode thérapeutique assez efficace, mais plus lente que la thoracentèse. Les heureux effets en ressortent nettement dans notre *Observation III*, où le malade guérit par le seul effet des diurétiques et des révulsifs cutanés.

On prescrira le nitrate de potasse dans une tisane déjà

1. *Anatomie pathologique du corps humain*. Livraison 29, planche 5.

diurétique par elle-même ou les préparations de seille et de digitale (0,20 à 0,30 c.).

Néanmoins, eu égard au défaut de résorption de l'exsudat si fréquent chez le vieillard et à l'innocuité parfaitement démontrée de la thoracentèse, faite avec les précautions voulues, cette opération doit rester chez lui le traitement de choix.

Dans la pleurésie secondaire, l'indication pathogénique devra être remplie dans la mesure du possible, parallèlement au traitement de l'épanchement pleural.

CONCLUSIONS

I. — La pleurésie des vieillards présente au point de vue de son pronostic des différences profondes, suivant qu'elle est primitive, secondaire ou chronique.

II. — La pleurésie primitive a, chez le vieillard, une issue d'autant plus favorable qu'elle évolue d'une manière analogue à celle de l'adulte.

III. — La pleurésie sénile est plus grave dans la forme chronique, qui, le plus souvent, amène à la longue le dépérissement, l'état cachectique du malade.

IV. — La forme latente ne pardonne guère et elle est une cause fréquente de mort subite.

V. — La pleurésie secondaire a toujours une signification pronostique fâcheuse, car elle évolue dans un organisme déjà affaibli ; aussi peut-on la considérer sans exagération comme une complication finale.

VI. — Le traitement diffère peu de celui de la pleurésie chez l'adulte, sauf l'emploi plus nécessaire des toniques. Quand les indications qui nécessitent la thoracotomie chez l'adulte sont réunies chez le vieillard, il faut y recourir sans hésitation malgré l'âge du malade.

VII. — Le défaut de résorption est dû chez le vieillard :

a) Aux lésions fibro-cartilagineuses, à l'épaississement sénile de la plèvre ;

b) A la diminution des puissances inspiratrices qui mettent en jeu l'appareil d'absorption ;

c) A l'altération inflammatoire ou catarrhale des ganglions du hile du poumon.

VU :

Nancy, le 9 décembre 1890.

Le Président de la Thèse,

L. HECHT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 10 décembre 1890.

Le Recteur,

E. MOURIN.
